ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

10.me ANNÉE. — TOME XXIX.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.

1832.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MAI 1832.

Quelques observations de choléra-morbus recueillies au commencement de l'épidémie à la clinique de la Charité, par MM. DANCE *et* DANYAU.

NOMMÉ pour suppléer M. le professeur Leroux dans la chaire de clinique interne à la Charité, M. Dance allait entrer en fonctions quand éclata l'épidémie désastreuse qui vient de ravager la capitale. Quelques-uns des premiers malades atteints furent confiés à ses soins. Profondément affecté de l'irruption d'un fléau dont il redoutait depuis long-temps les approches, Dance ne put en considérer les formes hideuses sans éprouver un sentiment d'horreur, et dès-lors son imagination fut frappée. Il n'en forma pas moins le projet d'étudier avec soin le choléra ; et qui sait tout ce qu'un aussi habile observateur eût pu faire jaillir de lumière sur ce sujet obscur ? Quoi qu'il en soit, des observations furent recueillies et par Dance lui-même, et par son chef de clinique, qu'il avait bien voulu associer à ce travail, ainsi qu'à tous ceux qu'il se proposait d'entreprendre pendant ce sémestre. Fier de cette coopération, quelque faible qu'elle dût être, j'eusse cherché à suppléer au talent par le zèle. Mais nos projets ne devaient pas se réaliser. Dance, déjà depuis plusieurs

jours, atteint des symptômes précurseurs de l'épidémie, n'en voulut pas moins continuer son service à la Charité, visiter les malades matin et soir et longuement chaque fois, assister et prendre part aux autopsies. Mais il ne tarda pas à être victime de son zèle et de son dévouement. Le 8 avril il fut attaqué du choléra, et succomba au bout de dix jours dans la période de réaction, avec les symptômes d'un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux.

La maladie de Dance, dont la gravité laissa dès le principe peu d'espoir, et sa mort prématurée, abattirent mon courage. Chargé seul des salles dont il faisait le service jusqu'au moment où elles furent évacuées, je m'occupai plus des soins que réclamaient les cholériques que de l'étude même du choléra, et je dus surtout, faute de temps, renoncer à un genre de travail auquel nous nous étions jusque-là livrés en commun, je veux parler de l'autopsie, sinon de tous les sujets qui succombaient dans son service, au moins de ceux que nous avions eu le temps de bien observer. Les faits que je consigne ici sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer quelques conclusions. Ils n'eussent jamais été publiés, si les rédacteurs de ce Journal, que Dance avait enrichi de tant d'excellens mémoires, n'eussent considéré comme un devoir de donner place dans ce numéro aux observations qui suivent, et dont quelques-unes ont été en partie tracées de sa main même, faible hommage rendu à la mémoire de notre malheureux ami, travail informe et incomplet, mais dans lequel on n'a eu d'ailleurs d'autre prétention que de fournir quelques matériaux recueillis de bonne foi à ceux qui, plus riches et plus habiles, pourront les faire servir à une histoire générale de la maladie. Sous ce rapport, ces faits ne peuvent pas être sans intérêt, parce qu'ils ont été observés dans la première pé-

riode de l'épidémie, au moment où le choléra sévissait avec le plus de violence. Tous les malades dont nous donnons ici l'histoire ont succombé, à l'exception du dernier. Celui-ci fut le premier admis à la Charité le 28 mars, et après une succession de symptômes consécutifs graves, il sortit guéri au bout de trente-six jours. Comme j'ai surtout pour but de rassembler des faits qui puissent servir à éclairer la nature de la maladie, j'ai dû choisir ceux qui offriraient au médecin tous les moyens d'établir son opinion, et par conséquent les observations de choléra qui s'étaient terminées par la mort. Mais afin de délasser le lecteur qui aura assez de courage et de patience pour parcourir notre *sepulchretum*, et qui ne sera pas repoussé à-la-fois par l'aridité du sujet et les sombres couleurs du tableau, nous avons cru devoir finir par l'observation de choléra guéri dont il vient d'être question, observation intéressante sous plus d'un rapport, et qui reposera un peu son esprit de ces minutieux détails d'anatomie pathologique dont la lecture a toujours quelque chose de fastidieux.

I.re *Obs. — Choléra algide avec cyanose. Mort au bout de quinze heures de maladie. Matières blanches crémeuses dans les intestins. Point de traces d'inflammation.* — Jean-François Mauguin, chargeur à la Halle, demeurant rue de la Vierge, n.° 1.er, au Gros-Caillou, est amené à la Charité le 29 mars, entre sept et huit heures du soir.

C'est un homme sec, mais bien musclé et vigoureusement constitué, qui habite avec sa femme, marchande de poisson, et deux enfans, une chambre étroite infectée par l'odeur de marée. Il boit de l'eau-de-vie tous les matins, et ce matin même il en a bu plus que de coutume. A son lever il n'éprouvait aucune indisposition; vers dix heures le choléra s'est brusquement manifesté chez lui par des

déjections alvines et des vomissemens très-abondans. M. le docteur Garon, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou, fut appelé auprès de lui à trois heures de l'après-midi, et le trouva dans l'état suivant : décubitus dorsal, traits altérés, face, langue, extrémités inférieures et supérieures violettes et froides, soif vive, vomissemens et selles blanchâtres, douleur violente à l'épigastre, pouls très-petit et concentré. A quatre heures et demie il y avait, outre les symptômes précédens, des crampes très-douloureuses dans les cuisses et les mollets. (On prescrivit de la limonade froide pour boisson, un cataplasme émollient à l'épigastre, et des frictions sur les membres avec une flanelle imbibée de vinaigre très-chaud).

Au moment de son entrée à l'hôpital, les symptômes énumérés plus haut persistent, la prostration est extrême, les yeux roulent lentement dans leurs orbites et se renversent en haut. Le froid et la cyanose sont aussi prononcés que possible; le pouls est presque insensible. Les selles, les vomissemens, les crampes continuèrent trois ou quatre heures encore après l'entrée du malade, mais ces symptômes cessèrent ensuite. La voix, déjà fort altérée, devint de plus en plus faible, la circulation et la respiration s'arrêtèrent peu-à-peu, et la mort arriva à une heure du matin.

Ce malade était le premier qui succombât à la Charité. L'autopsie fut faite dans l'amphithâtre de la clinique interne, huit heures après la mort, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves.

La raideur cadavérique est très-marquée; les extrémités tant inférieures que supérieures, plusieurs points de la face, le nez et les lèvres surtout, conservent, mais à un moindre degré, la coloration bleue qu'elles avaient offerte pendant la vie. Quant à l'aspect général et à l'expression des traits, ils sont moins effrayans qu'avant la mort.

La langue et les parois de la bouche ne présentent rien de remarquable sous le rapport de la couleur. La surface du pharynx est d'un rose légèrement foncé, l'œsophage d'une pâleur remarquable; ces canaux sont vides. L'estomac, dont la capacité est médiocre, contient deux ou trois cuillerées d'un liquide aqueux qui ressemble à du petit-lait trouble. La muqueuse est blanche, un peu mamelonnée le long de la grande courbure surtout, et présente deux ou trois ecchymoses entourées d'un pointillé rouge violet. La surface de l'intestin grêle est dans plusieurs points légèrement rosée, et surtout remarquable par l'état de plénitude des veines qui forment de nombreuses anastomoses. Ces anastomoses n'existent pas dans les anses les plus déclives de l'intestin, dans celles qui sont plongées dans l'excavation pelvienne et qui appartiennent à l'iléon. Les deux premiers pieds du canal intestinal, à partir de l'orifice pylorique même, sont d'une pâleur remarquable qui contraste avec le reste qui est d'un rose légèrement violacé. Les matières contenues dans ces deux pieds d'intestins sont aussi beaucoup plus blanches et plus crémeuses, et un peu plus épaisses que celles qui sont dans l'estomac et dans le reste de l'intestin grêle et le gros intestin. Il y a, de toutes ces matières réunies et mesurées, un litre et un quart. Les valvules conniventes du duodénum et du jéjunum sont très-longues, plus festonnées et repliées que de coutume. L'iléon est partout plus mince que dans l'état naturel. Il y a, vers la fin, trois ou quatre plaques qui ne sont pas plus développées que dans l'état sain, et quelques follicules isolés qui sont peut-être un peu plus saillans qu'à l'ordinaire. Le gros intestin est pâle, mais moins blanc que le commencement de l'intestin grêle. Dans tout le tube intestinal, il y absence de gaz et de matières bilieuses ou stercorales. Le foie est d'un petit volume, et

présente sur la face convexe du lobe gauche quelques plaques d'une coloration jaune différente de celle du reste de l'organe, coloration qui pénètre de une demi-ligne à deux lignes dans l'épaisseur du tissu, lequel d'ailleurs ne paraît pas altéré. La vésicule biliaire est remplie d'une bile très-épaisse, poisseuse, d'un jaune-verdâtre très-foncé. La rate est petite et saine; le pancréas est sain. Les ganglions mésentériques sont un peu plus gros et plus mous que de coutume. Les reins sont d'un petit volume, le droit surtout; ils sont sains d'ailleurs. La vessie est remarquablement petite et contractée; elle ne contient pas d'urine. Ses parois sont très-épaisses; sa surface interne présente çà et là quelques petites plaques violettes.

Les poumons sont crépitans, légèrement engoués à la partie postérieure, sains d'ailleurs. Le droit a contracté des adhérences intimes, celluleuses, anciennes, avec la plèvre correspondante. Le larynx, la trachée-artère, les bronches ne présentent rien de remarquable.

Le péricarde est sain, et contient une cuillerée à café d'un liquide clair, transparent. Sa surface est humide. Le cœur est sain, d'un tissu un peu brun, plein de sang demi-liquide. Les veines caves supérieure et inférieure et les grosses branches qu'elles reçoivent sont gorgées de sang liquide noir. Leurs parois n'offrent point de coloration particulière.

Les membranes du cerveau et de la moelle épinière présentent une injection légère et un aspect blanc laiteux dans quelques parties. La substance cérébrale est ferme, médiocrement sablée de sang et paraît saine. Il y a un notable épanchement séreux, transparent dans les ventricules latéraux qui ont un peu plus d'ampleur que dans l'état naturel. Il y aussi un peu d'épanchement à la base du crâne et à la fin du canal rachidien. La moelle épinière a sa couleur, sa consistance ordinaires, et en tout

point l'aspect qu'on lui trouve dans l'état sain. Les ganglions sémilunaires sont également sains. Ils ne sont ni plus rouges, ni plus gros, ni plus mous que dans l'état naturel. Ils ont été examinés avec soin par toutes les personnes présentes, et aucun n'a pu y trouver la moindre trace d'altération.

Obs. II.ᵉ — *Choléra algide avec cyanose. Mort après quatorze heures de maladie. (Matières blanches crémeuses dans l'intestin. Point de traces d'inflammation.)* — Un invalide de 72 ans, nommé Jean François Poyneau, employé depuis quelque temps à surveiller les travaux des Tuileries, encore robuste et bien portant, jamais sujet à la diarrhée ni à aucun dérangement de l'appareil digestif, mais ivrogne de profession, fut amené à la Charité, le 31 mars, à huit heures et demie du matin.

Il était bien portant la veille et n'avait point fait d'excès; il avait soupé comme de coutume et avait dormi tranquillement les premières heures de la nuit. Mais bientôt il avait été agité, et n'avait eu pendant longtemps qu'un sommeil entre-coupé. Enfin vers trois heures du matin il avait éprouvé le besoin d'aller à la garde-robe, et avait eu jusqu'à cinq heures dix à douze selles liquides, abondantes, et semblables à une décoction de riz sale et trouble. Cependant il s'était levé et en se rendant à ses travaux, il avait, suivant sa coutume, bû un bon verre d'eau-de-vie, *à la santé du choléra* dont il parlait en plaisantant, et dont il était loin de se croire atteint. Immédiatement après il fut pris de vomissemens abondans, de froid des extrémités, de faiblesse extrême et bientôt de crampes.

A son entrée le refroidissement était presque général. Il ne se bornait pas aux extrémités, et à la face, il s'étendait même à l'épigastre, et au reste du ventre. A la poitrine seulement il y avait un peu de chaleur. La face, les

lèvres, le nez surtout étaient bleuâtres, les membres l'étaient aussi, non-seulement à leurs extrémités, mais encore dans la moitié inférieure de leur étendue. La langue était bleue, légèrement froide, grise à sa surface. La soif était très-vive, la diarrhée et les vomissemens continuaient. L'épigastre n'était point douloureux à la pression non plus que le reste de l'abdomen. Le malade n'urinait pas; sa respiration était suspirieuse. Son pouls excessivement faible, à 76. Ses traits étaient profondément altérés, exprimaient un anxiété très-grande. Sa vue était bien distincte, il n'y avait point de céphalalgie, point de bourdonnemens dans les oreilles, mais un sentiment de brisement général. Le malade se tortillait un peu dans son lit, se plaignait sourdement, et n'avait que de très légères crampes dans les membres inférieurs. (Couvrir le corps de laine. — Appliquer quatre sinapismes aux extrémités, les renouveller toutes les quatre heures. — Placer des bouteilles d'eau chaude aux extrémités et le long du corps. — Faire des frictions sur les membres avec le baume nerval. — Pour boisson de l'eau de riz, y ajouter : eau de fleurs d'oranger, ℥ iv; et sirop de vinaigre, ℥ j, par pinte. — Par cuillerées, d'heure en heure, faire prendre la potion suivante : ℞; eau de canelle, ℥ iij; acétate d'ammoniaque, ℥ ij; sirop diacode, ℥ j.)

Ces prescriptions furent exécutées avec soin. Cependant le malade continua de vomir et d'aller à la selle, si ce n'est dans les dernières heures qui précédèrent sa mort, qui eut lieu à cinq heures du soir.

Autopsie dix-sept heures après la mort. — La raideur cadavérique existe encore. La coloration bleuâtre n'est pas très-prononcée.

L'épiploon et le mésentère contiennent une grande quantité de graisse, au milieu de laquelle sont cachés les ganglions mésentériques qui sont un peu rouges et plus gros que dans l'état naturel.

Toute la masse intestinale offre ce toucher pâteux caractéristique dont les auteurs ont parlé. Les matières contenues dans le tube digestif présentent les caractères suivans : celles que renferme l'estomac sont aqueuses et grumelées; dans la première portion du duodénum elles sont jaunâtres et bilieuses; dans la seconde partie de cet intestin c'est une *matière blanche et crémeuse* qui devient de plus en plus liquide à mesure qu'on avance dans l'intestin grêle. Cependant vers la fin de cet intestin elle devient plus épaisse et acquiert une consistance gélatineuse. Au commencement du gros intestin elle est spumeuse, puis s'épaissit vers le milieu de la longueur du colon. Toute la quantité de liquide contenue dans le tube digestif est d'environ un litre. Il y a absence complète de féces. La membrane muqueuse de l'estomac est en général blanche. Cependant vers le pylore elle présente une coloration rosée. Les quatre ou cinq premiers pouces du duodénum sont teints en jaune. Les deux pieds et demi d'intestin qui suivent très-blancs, les valvules conniventes y sont très-larges, puis la muqueuse prend un aspect rosé, sans devenir rouge. Les plaques de Peyer ne sont pas plus développées ni plus saillantes que dans l'état ordinaire. Au commencement du rectum existe une plaque arborisée de la largeur d'une pièce de cinq francs. C'est la seule partie rouge qu'on observe dans le canal intestinal.

Le foie est, à l'extérieur, d'une coloration jaunâtre, mêlée de quelques plaques rosées. Son tissu est jaune. La vésicule biliaire est verdâtre et remplie d'une bile d'un vert foncé.

La rate et le pancréas sont sains.

Le péricarde ne contient point de sérosité. Cependant il est humide; les veines superficielles du cœur sont gorgées de sang. Le ventricule gauche est vide; le droit est

rempli de sang liquide, ainsi que l'oreillette et les vaisseaux pulmonaires. Les poumons sont gorgés d'une grande quantité de sang noir qui colore aussi les bronches.

La vessie est du volume d'une noix ordinaire et presque vide. Les reins sont petits et pâles, sains d'ailleurs.

Les faces supérieure et inférieure du cerveau présentent une infiltration sous-arachnoïdienne considérable. Les ventricules cérébraux contiennent sept à huit cuillerées de liquide. Les circonvolutions sont un peu applaties. La substance cérébrale est ferme et sablée de sang. Les sinus de la dure-mère contiennent beaucoup de sang noir. La membrane propre de la moelle épinière offre des vaisseaux et principalement des artères, injectés jusque dans leurs dernières ramifications. Les artères qui se rendent dans la substance grise le sont aussi beaucoup mais dans la moitié supérieure seulement de la moelle épinière. Dans la seconde moitié, la substance grise a une teinte uniforme.

Le système ganglionnaire, examiné consciencieusement en présence de plusieurs personnes, ne présente aucune altération appréciable de couleur ou de consistance.

Obs. III.e — *Choléra algide; cyanose.* 17 *heures de maladie. Point de traces d'inflammation dans le tube digestif.* — Le 1.er avril 1832, fut couché au N.° 10 de la salle Saint-Jean de Dieu, un journalier âgé de 47 ans, demeurant quai d'Orsay au Gros-Caillou.

C'est un homme brun, fort et bien constitué, qui dit n'être jamais malade et n'avoir jamais de diarrhée. Comme tous les ouvriers, il boit de l'eau-de-vie le matin à jeun et s'énivre fréquemment avec ses camarades.

Hier, il était très-bien portant, mais en travaillant, il a plus sué et s'est fatigué plus facilement qu'à l'ordinaire. Il a moins bu dans la journée que de coutume, se sentait

moins d'appétit le soir, et a cependant soupé avec des œufs en omelette.

Vers minuit ou une heure du matin, invasion brusque : vives douleurs dans les bras et les cuisses, abondante évacuation de matières fécales, suivie de selles liquides très-nombreuses ; enfin, vomissemens de matières également liquides en quantité considérable. Il venait d'être couché lorsque nous le vîmes à l'heure de la visite ; il était dans l'état suivant :

Couleur violacée des joues, du pourtour des yeux, du nez, des lèvres, de la langue ; affaissement et rétraction des traits, yeux enfoncés dans leurs orbites, roulant lentement, surface du globe oculaire peu humide, pupilles contractées, air d'hébétude, parole lente, voix cassée, extrémités inférieures froides ainsi que la face, violettes comme elle ; peau des doigts et du dos de la main ridée et restant plissée lorsqu'on la pince. Respiration lente, pouls insensible à l'artère radiale, donnant 80 pulsations par minute à la crurale ; langue froide, grise à sa surface, violette à la pointe ; soif vive, vomissemens et selles liquides, d'un blanc sale, cholériques en un mot. Crampes dans les cuisses, les mollets, les bras et les avant-bras. Abdomen insensible à la pression ; douleur légère au-dessous des fausses côtes droites seulement ; absence complète d'urine. (Vin de Malaga, ℥ j toutes les demi-heures ; infusion de tilleul et de fleurs d'oranger, sirop d'œillet, acétate d'ammoniaque, ℥ j (par pinte), trois pots ; sinapismes aux extrémités ; frictions avec le baume nerval, etc.)

Ce traitement ne produisit aucune amélioration, les crampes seules furent moindres, mais les selles et les vomissemens continuèrent et ne s'arrêtèrent que peu de temps avant la mort qui eut lieu à cinq heures et demie du soir.

Autopsie dix heures après la mort. — Cadavre raide,

livide, non-seulement dans les parties déclives mais encore dans plusieurs autres régions du corps, particulièrement à la face et au scrotum. Les yeux sont entr'ouverts, et toute la portion de la sclérotique qui, des deux côtés tant en-dehors qu'en-dedans de la cornée transparente, est exposée au contact de l'air, est d'un gris terne; la conjonctive n'est point injectée.

La langue, les parois de la bouche, le pharynx et l'œsophage ne présentent rien de notable. L'épiploon est gras, et d'une teinte rosée un peu livide dans sa partie inférieure. La masse intestinale est pâteuse au toucher. La surface extérieure, surtout dans les anses déclives, présente de nombreuses arborisations veineuses et même quelques arborisations artérielles, particulièrement situées le long du bord adhérent de l'intestin. L'estomac contient un peu de liquide d'un blanc grisâtre ou jaunâtre, trouble. Les intestins grêles renferment, outre un mucus épais, une matière demi-liquide d'un jaune clair d'abord, puis d'un jaune plus foncé. Des matières semblables mais moins jaunes remplissent le gros intestin. La membrane muqueuse de l'estomac, du duodénum, des petits et du gros intestins, est d'un gris pâle dans toute son étendue, interrompu seulement de temps en temps par des lignes bleuâtres dues à la replétion des veines sous-jacentes. Nulle part, il n'existe de rougeur pointillée ou arborisée, point de ramollissement, d'épaississement ni d'amincissement; les follicules de l'estomac et de la portion pylorique du duodénum ne sont pas plus gros que de coutume. Ceux de la fin de l'intestin grêle sont un peu plus saillans et plus développés, mais ils ne sont pas très-nombreux. Les plaques de Peyer sont dans l'état naturel. La rate, le pancréas et le foie sont sains. Ce dernier organe est un peu congestionné. La vésicule biliaire est remplie de bile verdâtre, moins poisseuse que chez la plupart des sujets cholériques.

Les reins sont sains. La vessie est contractée, du volume d'un gros œuf de poule. Ses parois sont très-épaisses; la surface interne est blanche; sa cavité ne contient que quelques gouttes d'urine.

Le larynx et la trachée-artère sont sains. La membrane muqueuse des bronches est d'un rouge-brun; les poumons crépitans, médiocrement gorgés de sang. Le péricarde est presque vide. Le cœur est d'un volume assez considérable, ce qui tient à-la-fois à une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, et à la dilatation des cavités droites par une grande quantité de sang demi-liquide noirâtre. Les veines caves et la plupart des veines de l'abdomen et de la poitrine sont également remplies de sang noir.

Il y a moins de congestion du cerveau et de ses membranes que chez la plupart des malades morts du choléra. Les ventricules cérébraux sont presque vides, nullement dilatés. La substance cérébrale est ferme; la moelle épinière saine. Les vaisseaux, et particulièrement les veines des membranes rachidiennes et celles qui rampent à l'extérieur de ces membranes dans le canal vertébral, sont fortement gorgés de sang.

IV.

IV.e *Obs.* — *Choléra algide. Onze heures de maladie. Inflammation légère dans le canal intestinal.* — Une chiffonnière, âgée de 60 ans, demeurant rue du Bac, n.° 55, dans une cour infecte où le choléra commençait à faire et a fait depuis de très-grands ravages, fut conduite à la Charité le 31 mars à sept heures du matin.

C'est une pauvre femme chétive, en proie aux privations de toute espèce et à la misère la plus profonde. Mal nourrie, mal vêtue, elle boit de l'absynthe tous les matins, et dit avoir fréquemment la diarrhée. Avant-hier elle avait mangé du poisson qui n'était pas frais, et avait eu dans la journée sept à huit selles liquides. Mais hier elle n'a point eu de dévoiement et n'a éprouvé de malaise d'au-

cune espèce. Elle s'est couchée bien portante après avoir soupé avec du lard et des pommes de terre. Elle n'a eu toute la nuit qu'un mauvais sommeil, et à quatre heures du matin elle a été prise tout-à-coup d'une diarrhée abondante, de vomissemens, et presque aussitôt de crampes. Elle a d'abord vomi ses alimens et rendu des matières fécales, mais ensuite les selles et les vomissemens ont été d'un blanc sale. Toutes les parties de la face, et particulièrement le nez, sont d'uu froid glacial, ainsi que les extrémités. La cyanose est peu prononcée tant aux pieds et aux mains qu'à la figure ; il n'y a guères que le bout du nez, l'extrémité do la langue et les lèvres qui soient bleues. Le reste est à peine violacé. Les traits sont affaissés, les yeux se meuvent lentement dans leurs cavités, la vue est peu distincte, la voix très-altérée; il y a des bourdonnemens et un bruit de cloches fort incommode dans les oreilles, la soif est vive, l'épigastre médiocrement sensible à la pression, le reste de l'abdomen indolent. Le pouls est très-petit, très-inégal, à 132. Il y a dans les jambes, et surtout les mollets, des crampes très-douloureuses, des contractures dans les doigts, une flexion spasmodique des poignets. (Riz, sirop d'œillet, acétate d'ammoniaque ℥ iv, deux pots. Potion, eau de canelle, fleurs d'oranger āā ℥ ij ; sirop diacode ℥ j. Quatre sinapismes chauds toutes les quatre heures; frictions sur les membres avec le baume nerval.)

Le soir à l'heure de la visite, cette femme n'existait déjà plus; elle avait succombé vers trois heures de l'après-midi, onze heures après l'invasion.

Autopsie faite dix-huit heures après la mort. — La rigidité est peu prononcée, et le cadavre ne présente à l'extérieur rien de remarquable.

La partie supérieure de l'appareil digestif, la langue, la bouche, l'isthme du gosier, le pharynx et l'œsophage

sont dans l'état naturel. Les intestins sont presque partout rosés à l'extérieur, mais pas plus aux parties déclives qu'aux parties supérieures.

L'estomac a une capacité considérable, et contient un demi-litre de liquide brunâtre. Les matières contenues dans les intestins sont d'un blanc rosé, épaisses d'abord, puis de plus en plus liquides. La presque totalité de la membrane muqueuse de l'estomac offre un aspect rosé qui s'étend jusqu'à environ trois pouces de l'orifice pylorique, et qui est formé par un pointillé très-serré. Les glandes de Brunner ne sont pas plus apparentes que dans l'état ordinaire. La muqueuse est un peu mince et ramollie au grand cul-de-sac. A l'extrémité pylorique, au contraire, elle est très-épaisse et mamelonnée. La portion pylorique du duodénum est grisâtre, et ses follicules ne sont pas plus saillans que de coutume; les deux autres portions sont roses ou légèrement livides. Le jéjunum offre partout cette dernière teinte. Les valvules sont extrêmement prononcées. Le pointillé rose reparaît vers la fin du jéjunum. L'iléon est très-mince, presque entièrement dépourvu de valvules. Dans les trois ou quatre derniers pouces de cet intestin, il y a un nombre assez considérable de follicules séparés, dont quelques-uns sont très-gros et égalent presque un grain de chenevis. Dans la dernière portion du colon transverse et dans le colon iliaque, il y a de larges plaques d'injections veineuses. Le reste du gros intestin est grisâtre. La rate est petite et saine; le pancréas l'est également, ainsi que le foie qui est gorgé de sang noir. La bile contenue dans la vésicule est d'un vert noirâtre, et poisseuse. Les reins sont pâles, mais leurs veines sont gorgées de sang. La vessie est vide, petite, contractée.

Les poumons sont gorgés de sang, mais sains d'ailleurs. Toutes les cavités du cœur sont remplies d'un sang noir,

et les droites contiennent en outre quelques caillots fibrineux.

Les sinus de la dure-mère et les veines cérébrales sont aussi gorgés de sang. Il y a une infiltration sous-arachnoïdienne prononcée aux faces supérieure et inférieure du cerveau, dont la substance est fortement sablée de sang, mais du reste saine. Les ventricules sont vides. Il n'y a point d'épanchement non plus dans la cavité des membranes rachidiennes; la moelle épinière est parfaitement saine. Les ganglions sémi-lunaires sont d'une pâleur remarquable.

V.e *Obs.* — *Choléra algide. Mort peu d'heures après l'invasion. Traces légères de congestion et d'inflammation dans le tube digestif.* — Françoise Morin, âgée de 91 ans, sans profession, demeurant rue du Bac. N.° 57, est couchée vers deux heures de l'après-midi, le 31 mars 1832, au N.° 1.er de la salle Sainte-Magdeleine.

Elle est bleue et froide, presque sans voix, d'une faiblesse extrême, se dit malade depuis la nuit dernière, a été prise presque en même temps de diarrhée, de vomissemens et de crampes. A peine a-t on le temps de lui appliquer des sinapismes et de lui faire quelques frictions; elle succombe une heure après son entrée, avant que nous ayons pu la voir et l'interroger, et sans qu'il nous ait été possible de recueillir plus de renseignemens.

Autopsie dix-sept heures après la mort. — Le cadavre, qui offre peu de raideur, est celui d'une vieille édentée dont la peau est flasque, les chairs molles, et sur lequel on ne remarque du reste rien de particulier à l'extérieur. La raideur est peu marquée, et il n'y a quelques vergetures bleues que sur les parties les plus déclives.

Le tissu de la langue est un peu plus brun que de coutume. Le pharynx est livide, et l'œsophage d'un blanc pâle interrompu par quelques lignes violettes dues à la réplé-

tion des veines sous jacentes. Vers la fin de ce canal on remarque quelques follicules plus développés que dans l'état naturel.

L'estomac contient quatre cuillerées environ d'un liquide aqueux, d'un blanc sale, mêlé de mucus blanchâtre qui surnage, ou adhère aux parois de l'estomac. Il devient moins épais dans le duodénum et la plus grande partie du jéjunum ; mais vers la fin de cet intestin et dans l'iléon il prend plus de consistance, et dans le gros intestin il redevient clair, et offre exactement l'aspect d'une décoction d'orge trouble. En somme il y a à-peu-près un litre et demi de ce liquide dans tout le tube digestif. Extérieurement ce canal ne présente pas une congestion veineuse très-marquée, mais ce toucher pâteux dont les auteurs ont parlé.

A la surface interne de l'estomac, on remarque, dans le grand cul-de-sac, un pointillé général interrompu par des points blancs qui ne sont autre chose que les glandes de Brunner plus développées que de coutume, et dont le goulot devient plus apparent quand on frotte légèrement la muqueuse avec le dos du scalpel. A la partie moyenne de l'estomac existe une large surface mamelonnée, épaissie, saillante et rosée. Vers le pylore l'aspect est à-peu-près le même. Le duodénum est rosé généralement, mais sans injection marquée ; les follicules de sa portion pylorique sont plus développés que dans l'état sain. Le jéjunum présente de nombreuses bandes de pointillé, d'abord assez éloignées les unes des autres, puis de plus en plus rapprochées. Ce pointillé qui existe sans boursoufflement ni ramollissement de la muqueuse est plus prononcé encore dans l'iléon, où l'on observe en outre une congestion veineuse médiocre. Les follicules séparés de la fin de cet intestin sont peu nombreux et peu développés. Quant aux plaques de Peyer elles sont dans l'état naturel, c'est-à-dire à peine visibles.

Le foie est sain et très-peu congestionné. La vésicule biliaire est remplie d'une bile jaunâtre. Le pancréas et la rate n'offrent rien de remarquable.

Les reins sont d'un très-petit volume et un peu pâles ; la vessie a la moitié de sa capacité ordinaire et contient un peu d'urine.

Les circonvolutions cérébrales sont un peu aplaties. Il existe une infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable à la face supérieure du cerveau, moindre à la base. Les ventricules sont presque vides et leurs parois sont rapprochées. Toute la masse cérébrale est fortement sablée de sang noir. La substance grise a une couleur violette très-prononcée ; d'ailleurs cette substance ainsi que la médullaire ne présentent point d'altération de structure. Elles sont seulement un peu plus fermes que dans l'état naturel. Toutes les veines cérébrales, ainsi que les sinus de la dure-mère, sont gorgés de sang noir. Dans le canal rachidien, il n'y a point d'épanchement séreux : les membranes n'offrent rien de remarquable, et la moelle épinière est saine.

Les ganglions cervicaux et thoraciques du grand sympathique sont parfaitement sains. Les ganglions sémilunaires offrent à leur surface une teinte rouge qu'on ne retrouve pas dans l'intérieur de leur substance.

Obs. VI.ᵉ — *Choléra algide avec cyanose;* 50 *heures de maladie. — Mort. — Matières diversement colorées dans le canal intestinal. — Traces de congestion violente et d'inflammation dans ce canal.* — Richard (Marie-François), âgé de 53 ans, ouvrier des ports, demeurant quai d'Orsay, n.ᵒ 19, au Gros-Caillou, fut porté à la Charité, le 30 mars 1832, à onze heures du matin.

Cet homme, très-vigoureusement constitué, d'une taille élevée, jouit ordinairement d'une très-bonne santé, et n'a jamais de diarrhée. Mais il s'enivre fréquemment et boit tous les matins de l'eau-de-vie à jeun.

Hier à onze heures du soir, il a été pris de coliques et d'une agitation extraordinaire dans le ventre, et aussitôt il est allé cinq à six fois de suite à la selle. La nuit s'est cependant passée assez bien; mais à cinq heures et demie du matin, des crampes violentes sont survenues, et à six heures et demie des vomissemens. Depuis lors jusqu'au moment de son entrée, il y a eu une dixaine de selles liquides, semblables à une décoction d'orge trouble, et cinq à six vomissemens de même nature. Il se présente à nous dans l'état suivant : sa face est bleuâtre; son nez, ses lèvres, ses gencives, la langue sont tout-à-fait bleus. Toutes ces parties sont froides. Le col, la partie supérieure de la poitrine sont d'une couleur livide. Les pieds et les mains, la partie inférieure des jambes, la moitié inférieure des avant-bras sont d'un froid glacial. Le malade est dans une anxiété extrême et paraît surtout tourmenté par les crampes qui sont presque continuelles et se font sentir tantôt dans les bras ou les avant-bras, tantôt les cuisses ou les mollets. Il y a beaucoup de soif, un peu de douleur à l'épigastre, absence complète d'urine depuis l'invasion. Sa respiration est lente et pénible; le pouls d'une petitesse extrême, mais distinct à l'artère radiale, donne cent-huit pulsations par minute. Il n'y a point de céphalalgie, point d'éblouissemens, ni de bourdonnemens d'oreilles, et l'intelligence reste intacte. Les yeux sont caves et entourés d'un cercle bleu, la conjonctive n'est point injectée. (Riz et tilleul coupé d'un quart d'eau de Seltz; sinapismes aux extrémités; frictions sur les membres avec le baume nerval; sachets chauds; bouteilles d'eau chaude.

Le soir, à cinq heures, l'état du malade est à peu-près le même; il y a eu quatre vomissemens et trois selles liquides blanchâtres. Les crampes persistent avec beaucoup d'intensité et causent des angoisses inexprimables. La cyanose

est seulement un peu moindre. (Quatre pilules d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium; une toutes les deux heures, pendant la nuit.

Le 31 mars, le malade a vomi toute la nuit et en quantité considérable. Il est vrai que dévoré d'une soif inextinguible qu'on lui a laissé satisfaire, il a bu six à sept pots de tisanne; mais ce volume de liquide est loin d'équivaloir à celui des matières vomies, qui présentent toujours le même caractère. Les traits sont plus profondément altérés; la voix, déjà très-cassée hier, est plus éteinte; le froid et la coloration bleue persistent; les crampes sont un peu moins fortes et moins fréquentes; les selles plus rares; le pouls, d'une faiblesse extrême, donne vingt pulsations de moins qu'hier; la secrétion urinaire toujours nulle; le ventre généralement douloureux; la région épigastrique plus que les autres. (Riz; sirop de vinaigre; ajouter par pinte : eau de fleurs d'oranges, ℥ ij; potion aromatique : acétate d'ammoniaque, sirop diacode āā ℥ j; six pilules d'extrait d'opium d'un demi-grain, une toutes les trois heures; bain entier à 28°; sinapismes aux extrémités; frictions avec le baume nerval.)

Il y eut après le bain un réchauffement momentané, mais qui fut suivi d'un froid plus général et plus complet encore. Les vomissemens, les selles, les crampes, s'éloignèrent de plus en plus et s'arrêtèrent même tout-à-fait; mais le pouls cessa d'être sensible, et le malade succomba dans la nuit vers une heure du matin.

Autopsie onze heures après la mort. — Cadavre d'une teinte bleuâtre presque générale, mais prononcée surtout à la face, aux membres, au scrotum; vergetures membraneuses au dos et sur les autres parties déclives.

La langue, le pharynx et l'œsophage paraissent être dans l'état sain; le premier de ces conduits est de couleur

livide, le second est tout-à-fait blanc. L'épiploon est d'un aspect rose et parcouru par des veines nombreuses remplies de sang. Les intestins sont, à l'intérieur, d'un rouge général un peu livide, surtout les anses déclives. L'estomac contient quelques matières liquides d'un vert clair et trois haricots entiers qui n'ont subi aucune élaboration et qui n'ont point été rejetés malgré des vomissemens répétés. Dans le duodénum existent des matières jaunâtres bilieuses dont la couleur devient plus brune à mesure qu'on avance davantage dans l'intestin, et qui finit même par être lie de vin. Vers la fin du jéjunum et dans l'iléon, elles sont plus roses et plus liquides. Le gros intestin contient des matières claires et pâles dans sa première moitié, mais colorées inférieurement comme vers la fin de l'intestin grêle. La membrane muqueuse de l'estomac présente un pointillé rose serré dans toute la moitié postérieure du grand cul-de-sac et tout autour de l'orifice pylorique. Dans le duodénum et les premières parties du jéjunum, elle a une teinte d'un gris jaunâtre qui devient de plus en plus livide; vers le milieu du jéjunum existe une plaque de pointillé de la largeur d'une pièce de deux francs. Plus loin, le pointillé se rapproche de plus en plus, finit par devenir général et prend une teinte livide, se disposant particulièrement par zones transversales qui suivent la direction des plis de l'intestin. Vers la fin de l'iléon la muqueuse a un aspect brunâtre uniforme; en cet endroit existent beaucoup de follicules saillans médiocrement développés. Quant aux plaques de Peyer, elles ne sont pas plus apparentes que dans l'état naturel et ne paraissent pas malades. Le cœcum présente trois larges plaques pointillées d'un rouge brun. Le colon ascendant et la première moitié du colon transverse sont d'un gris pâle; l'autre moitié du colon transverse, le colon descendant, le colon iliaque et le rectum, sont presque partout

d'un rouge brun livide, interrompu çà et là par de larges plaques d'un pointillé rouge moins foncé. Le foie est gorgé de sang, la vésicule distendue par de la bile noirâtre abondante. Le pancréas et la rate sont sains. Les reins sont, comme le foie, gorgés de sang, mais sains d'ailleurs. La vessie est très-contractée et presque vide.

Le larynx, la trachée-artère et les bronches sont sains, mais remplis d'un mucus épais, brunâtre, sanguinolent. Les poumons, unis aux côtés par des adhérences anciennes, sont sains, mais gorgés de sang noir.

Les deux feuillets du péricarde ont contracté en avant et sur le côté, au niveau du ventricule gauche, quelques adhérences dont la solidité atteste l'ancienneté; sa cavité ne contient presque pas de liquide. Le cœur est volumineux. Le ventricule gauche est hypertrophié et dilaté tout à-la-fois, les cavités droites sont amples, mais leur dilatation parait être mécanique et résulter de l'accumulation d'un sang noirâtre demi-fluide.

Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang noir; mais les veines du cerveau ne paraissent pas en contenir plus que de coutume; ses artères au contraire sont très-injectées et la substance cérébrale est fortement sablée. Il n'y a point d'infiltration sous-arachnoïdienne et il n'existe qu'un très-léger épanchement dans les ventricules. Le cervelet et la moelle alongée sont sains, de même que la moelle épinière. Il y a dans la cavité de la dure-mère rachidienne un peu d'épanchement séreux. Le système ganglionnaire, au col, à la poitrine, dans l'abdomen, ne présente aucune altération appréciable.

Obs. VII.°—*Choléra algide avec cyanose; selles sanguinolentes. Mort au bout de 40 heures de maladie. Congestion violente et traces d'inflammation dans le tube digestif.* — Un layetier, âgé de 49 ans, demeurant rue de l'Université, N.° 4, faubourg Saint-Germain, fut couché au N.° 9 de

la salle Saint-Jean de Dieu, le 4 avril 1832, à 7 heures du matin.

Cet homme petit, maigre, et d'une constitution assez chétive, est cependant habituellement bien portant. Toutefois, il n'est pas rare qu'il ait de la diarrhée, mais pour peu de jours, et il n'en a pas eu dans ces derniers temps. Non-seulement il a l'habitude de boire de l'eau-de vie à jeun tous les matins, mais encore il s'enivre souvent au point de perdre la raison.

Il a travaillé hier comme de coutume. Mais le soir il se sentait mal disposé, n'avait point d'appétit. Il n'a pas soupé. A neuf heures un quart, il a eu coup sur coup deux selles très-abondantes, composées d'abord de matières demi-solides, puis liquides, mais dont il ignore la couleur. Il a eu ensuite un peu de repos; mais vers deux heures du matin, il a eu encore plusieurs évacuations plus abondantes que les premières, puis quelques minutes après des vomissemens d'eau rousse, bientôt suivis d'engourdissemens dans les membres inférieurs et de raideur dans les doigts. Il se présente à nous dans l'état suivant: l'expression de la face est à peine altérée, et la coloration bleue y est peu marquée. Ce n'est guère qu'autour des yeux qui sont enfoncés dans leurs orbites qu'existe une teinte bleuâtre circulaire. Les pupilles sont contractées, les yeux roulent lentement dans leurs cavités. Le nez est frais ainsi que les pommettes. La langue est fraîche, grise à sa face supérieure. L'épigastre est un peu sensible à la pression, mais c'est plus particulièrement dans le dos que le malade souffre, dans la région correspondante à la partie postérieure de l'estomac. Quant à l'abdomen, il est un peu douloureux à la pression. Le malade urine bien; la respiration est libre, il n'accuse aucune oppression; l'intelligence est intacte, la vue très-nette; et quoique le malade entende assez bien ce qu'on

lui dit, il ne s'entend pas bien parler lui-même, et il lui semble qu'il doit parler très-haut pour se faire entendre. Ses extrémités sont tout-à-fait froides; les mains sont ridées, et lorsqu'on fait un pli sur leur face dorsale, il reste permanent; l'engourdissement des membres persiste ainsi que la contracture des doigts. Son pouls est distinct à la radiale, mais extrêmement petit et fin comme un cheveu. Il donne 100 pulsations par minute. (Infusion de tilleul et de menthe édulcorée avec sirop d'œillet; deux sinapismes aux cuisses, deux sinapismes aux avant-bras; frictions avec liniment hongrois (trois fois dans le jour); cataplasmes émolliens sur l'abdomen; demi lavement avec vingt gouttes laudanum de Rousseau; sachets chauds et bouteilles d'eau chaude le long des membres et sur les côtés du tronc.)

5 avril. Il a fait, dans la journée d'hier et dans la nuit, des efforts répétés pour vomir, mais n'a point eu de vomissemens. Il a eu plusieurs selles sanguinolentes. Il est généralement plus froid qu'hier. Ses extrémités sont glaciales, et la face est tout-à-fait algide. Son pouls, insensible à l'artère radiale, donne 120 pulsations à la crurale; mais au pli même de la cuisse il est d'une faiblesse et d'une petitesse extrême. Cependant, le malade ne manque pas de force, car il s'agite beaucoup et se relève facilement sur son lit. Il n'a point de céphalalgie et conserve toute sa connaissance, mais il a la vue un peu confuse et n'entend pas bien distinctement. Il ne se plaint pas de crampes ni d'engourdissement dans les membres. (Six pilules d'extrait gommeux d'opium d'un demi-grain : les trois premières d'heure en heure, les trois autres toutes les deux heures; eau de riz édulcorée avec sirop d'œillet; deux frictions dans le jour avec liniment hongrois; vésicatoire à chaque bras avec pommade ammoniacale.)

Les selles sanguinolentes continuèrent; le réfroidisse-

ment devînt complet; la voix s'affaiblit progressivement et finit par s'éteindre. Le malade succomba vers le milieu de la journée.

Autopsie faite 18 heures après la mort. — Rigidité cadavérique très-prononcée.

L'intestin grêle est à l'intérieur d'un rouge livide foncé, coloration qui est due à une injection artérielle et veineuse et à une sorte d'imbibition sanguine. Tuméfaction modérée d'un certain nombre de glandes mésentériques qui sont livides et pénétrées de sang.

A l'intérieur de l'estomac et des intestins existe une matière roussâtre, muqueuse, épaisse, qui devient lie de vin à mesure qu'on se rapproche du pied de l'intestin, et qui est enfin tout-à-fait rouge auprès de la valvule cœcale. Là c'est réellement un fluide presque sanguin d'un rouge brunâtre.

Le gros intestin lui-même est rempli et souillé de ce fluide rouge, lie de vin. Il n'y a pas dans tout le canal intestinal plus de deux verres de ce liquide, mais il est disséminé dans toute l'etendue de la muqueuse gastro-intestinale.

La muqueuse se présente dans l'état suivant: dans l'estomac elle est partout d'un rouge vif, formé par des pointillures nombreuses répandues à sa surface. Il n'y a que quelques points intermédiaires qui présentent la coloration naturelle. Elle est légèrement épaisse, non-ramollie, fortement ridée dans la portion pylorique, recouverte d'un mucus épais et visqueux. Dans l'intestin grêle elle est injectée, pointillée, colorée en rouge vif dans presque toute son étendue, et cette coloration va en croissant à mesure que l'on s'avance vers la valvule iléo-cœcale où existe un bon nombre de follicules saillans et gonflés, tandis que les plaques de Peyer le sont à peine. Dans le gros intestin la rougeur est encore plus livide, plus générale, plus uni-

forme que dans l'intestin grêle; on dirait qu'il a macéré dans du sang. Vue de près, cette rougeur est constituée en grande partie par du sang infiltré dans l'épaisseur de la muqueuse et y formant ecchymose. A part la coloration rouge et générale des voies gastro-intestinales, il n'y a pas d'autres lésions de texture que du boursouflement sans ramollissement.

Le foie est parsemé de taches jaunâtres, irrégulières, visibles à l'extérieur, et tranchant par leur couleur avec le fond rouge de la substance hépatique. Ces taches pénètrent à une, deux, trois lignes de profondeur. Du reste le foie est médiocrement gorgé et sain dans sa texture. La bile est d'un vert foncé et poisseuse.

La rate et le pancréas sont sains.

Les reins sont livides, mais sains; ils contiennent dans les bassinets un peu de liquide urineux, blanchâtre, muqueux. La vessie est très-contractée et presque vide.

Le péricarde est sain et contient une très petite quantité d'un liquide incolore. L'extérieur du cœur est livide, ses vaisseaux sont gorgés de sang. Son bord droit est, dans toute sa longueur, parsemé d'ecchymoses d'un noir foncé, en très-grand nombre, mais ne s'étendent pas sur les faces du cœur. Le tissu de cet organe est légèrement brun. Il contient des caillots fibrineux décolorés dans ses cavités droites, et dans les gauches du sang noir et fluide. Les veines caves sont également pleines, mais saines, ainsi que l'aorte qui est presque vide.

Le larynx est sain, la trachée-artère également saine, mais un peu livide entre les cerceaux, lividités qui se continuent dans les grosses bronches. Les poumons sont très-peu gorgés de sang, quoique d'un rouge livide, sains et crépitans. Cet engorgement est très-médiocre comparativement à ce qui existe chez les autres sujets morts de la

même maladie et surtout comparativement à celui dont l'intestin est le siège.

L'extérieur de la dure-mère, particulièrement le long du sinus longitudinal supérieur, laisse exsuder du sang noir par gouttelettes. Il existe aussi une injection arborescente bien dessinée des vaisseaux de cette membraue, enfin une injection considérable tant artérielle que veineuse des gros et des petits vaisseaux qui rampent à la surface des circonvolutions et qui entrent dans la composition de la pie-mère. Le pourtour des circonvolutions offre une teinte rosée légèrement violette. Quand on presse sur le cerveau, de nombreuses gouttelettes sanguines viennent sourdre à la surface des sections que l'on pratique dans la substance de cet organe. En un mot la congestion cérébrale est des plus marquées. Une cuillerée et demie environ de liquide séreux est épanchée dans les ventricules cérébraux. Le cerveau ne présente d'ailleurs aucune altération de texture. Le cervelet est sain. La protubérance cérébrale très-injectée et livide.

La moelle épinière et le système nerveux ganglionnaire n'ont point été examinés.

Obs. VIII.ᵉ — *Choléra algide avec cyanose. — Mort au bout de 31 heures de maladie. (Traces manifestes d'inflammation dans les intestins).* — Boucher (Nicolas-Réné), domestique, âgé de 30 ans, demeurant, rue de Nevers n.° 9, près le Pont-Neuf, fut reçu le 30 mars, à cinq heures du soir, et couché au n.° 8 de la salle St.-Jean de Dieu.

Il dit n'être pas adonné à l'ivresse, ne boire jamais d'eau-de-vie à jeun, être bien logé et bien nourri. Chez lui nul prodrôme n'a annoncé l'approche du mal, et le 29, à trois heures du soir, il était encore parfaitement bien portant.

C'est à quatre heures du soir, la veille de son entrée, qu'il dit être tombé malade. Tout-à-coup il a été pris d'une

diarrhée abondante qui, depuis lors, a donné lieu à environ seize selles tout-à-fait aqueuses. Cette diarrhée n'a point été accompagnée de coliques. C'est, avec un peu de faiblesse et de lassitude générale, le seul symptôme qu'il ait éprouvé jusqu'à trois heures du matin. S'étant levé à cette heure là pour aller à la garde-robe, il tomba tout-à-coup, comme si au moment même toutes ses forces l'eussent abandonné. Aussitôt les vomissemens et les crampes se déclarèrent, et ont continué depuis. Les vomissemens ont été au nombre de sept à huit, et sont, comme les déjections alvines, simplement aqueux ou blanchâtres.

A son entrée, il présente les symptômes suivans :

Réfroidissement complet des membres supérieurs et inférieurs, de la face, du col, de la poitrine ; chaleur un peu conservée sur l'abdomen ; coloration bleue générale très-marquée surtout aux membres et plus encore aux mains que partout ailleurs. Langue bleuâtre et froide; haleine froide; yeux caves, constamment fermés; conjonctives injectées; pupilles contractées. Plaintes continuelles; respiration suspirieuse (Trente-sept inspirations par minute). Pouls insensible à l'artère radiale, donne 110 pulsations par minute à la carotide. Ventre dur, un peu rétracté; épigastre très-sensible à la presssion ; point d'urine depuis l'invasion de la maladie. (Infusion de tilleul, coupée d'un quart d'eau de riz et d'un quart d'eau de Seltz ; deux grains d'extrait gommeux d'opium en quatre pilules, une toutes les quatre heures ; quatre sinapismes aux extrémités ; frictions sur les membres avec le baume nerval; boules d'eau chaude aux pieds).

Deux pilules seulement furent prises, car le malade succomba à une heure du matin, après avoir eu encore plusieurs selles, mais n'ayant vomi qu'une fois.

Autopsie neuf heures après la mort. — Aspect bleuâtre

général du cadavre, non-seulement dans les parties déclives, mais encore dans toutes les autres régions. Le pénis et le scrotum sont tout-à-fait livides; la raideur est considérable dans les membres; il y a sur les sclérotiques, de chaque côté vers le milieu, une tache grisâtre, alongée, qui en pénètre toute l'épaisseur. La cornée transparente et les sclérotiques ne présentent rien de particulier. Les muscles sont généralement d'un tissu moins rouge, un peu plus brun que dans l'état naturel.

La langue n'offre rien de particulier; le pharynx est d'une couleur légèrement livide; l'œsophage est parfaitement blanc dans toute son étendue. L'estomac contient, outre cinq ou six cuillerées d'un liquide ressemblant à du petit-lait trouble, quelques morceaux de foie de veau et de pommes de terre, qui semblent n'avoir subi aucune altération. Il y a de plus un peu de mucus épais, blanchâtre, à la surface de l'estomac. Dans le duodénum il y a aussi des matières d'un jaune sale, assez épaisses, dont la consistance va en diminuant à mesure qu'on s'avance dans l'intestin, et qui prennent une couleur de plus en plus foncée vers la fin de l'iléon. Les matières reprennent leur coloration première, et même sont plus liquides dans le gros intestin qui en contient abondamment. Il y a absence complète de matières fécales. Toutes les matières réunies équivalent à-peu-près à deux litres de liquide. Il y a à la surface externe de l'estomac et des intestins une injection veineuse avec un aspect général d'un jaune clair sur les anses les plus supérieures seulement; sur le plus grand nombre, et particulièrement sur les plus déclives, il y a une forte injection de toutes les veinules qui donnent à l'intestin un aspect plus ou moins brunâtre. La surface interne de l'estomac est d'un gris-blanc général, présentant çà et là, particulièrement sur la face postérieure, à l'orifice cardiaque et le long de la grande cour-

bure, un pointillé rose assez serré. Le duodénum et la plus grande partie des intestins ont une teinte rosée assez livide, sans injection manifeste. Mais il n'en est pas de même de l'intestin iléon, qui est d'un rouge foncé dans presque toute son étendue, et présente de distance en distance des plaques de Peyer alongées, élevées, offrant des saillies et des enfoncemens très-marqués, et sur lesquelles on observe un pointillé très-fin et même de petites arborisations. Vers le pied de l'intestin, il y a, outre ces plaques, un nombre considérable de follicules dont beaucoup ont un volume au moins quadruple de leur volume ordinaire, et dont quelques-uns égalent même le volume d'un grain de chenevis. Le gros intestin a une surface d'un gris sale, et ne présente nulle part de pointillé ou de traces d'injection d'aucune espèce.

Pancréas et rate sains. Foie également sain, gorgé de sang noir. La vésicule biliaire est distendue par de la bile noirâtre, poisseuse.

Les reins et les uretères n'offrent rien de remarquable. La vessie est extrêmement contractée et presque vide.

Le larynx, la trachée-artère, les bronches sont sains. Les poumons sont gorgés de sang noir, particulièrement à la partie postérieure.

Le péricarde est simplement humecté d'un peu de sérosité. Les cavités du cœur sont remplies d'un sang très-noir, liquide ou demi-liquide, les gauches comme les droites. Les grosses veines dans la poitrine et l'abdomen sont également gorgées; l'aorte est presque vide.

Les vaisseaux du cerveau et de ses membranes, tant artériels que veineux, mais surtout ces derniers, offrent une réplétion semblable. La substance cérébrale est fortement sablée, mais d'ailleurs sa consistance est naturelle. Quant à la coloration, elle ne paraît altérée que dans la substance corticale qui est d'un gris généralement bleuâtre,

comme *malvacée*. Les ventricules cérébraux sont plus larges que dans l'état naturel, et contiennent une notable quantité de sérosité. Cette sérosité se retrouve aussi en assez grande abondance à la base du crâne et dans le canal vertébral, à l'intérieur de la gaîne que la dure-mère forme autour de la moelle épinière. Ce cordon nerveux, tant sous le rapport de la couleur que sous celui de la consistance et de l'injection de ses vaisseaux, paraît être dans l'état normal.

Les ganglions cervicaux, thoraciques, semi-lunaires, les filets nerveux qui les réunissent, les plexus qui en partent, sont parfaitement sains ; au moins ils ne présentent aucune altération de couleur ni de consistance.

*Obs. IX.*e — *Choléra algide; cyanose peu prononcée. — Six jours de maladie. — Inflammation étendue mais légère de la muqueuse gastro-intestinale.* — Louise Denis, âgée de 72 ans, domestique, demeurant rue de Grenelle Saint-Germain, n.° 59, entra à la Charité le 29 mars, peu de temps avant la visite.

Elle se dit traînante depuis deux mois, et a perdu, depuis ce temps, une partie de ses forces, sans éprouver cependant de malaise particulier. Accoutumée à boire de l'eau-de-vie le matin, elle n'a pas renoncé à cette mauvaise habitude depuis qu'elle est languissante; au contraire, elle a souvent doublé la dose, dans l'espoir de se donner des forces.

Elle assure être tombée malade dimanche dernier (25 mars). Ce jour là, vers le soir, elle a été prise tout-à-coup de vomissemens et de diarrhée très-abondante. Elle a eu dans la soirée plus de vingt selles aqueuses, et ce qu'elle a vomi n'était aussi qu'un liquide blanchâtre, quelquefois teint en jaune. Dans la nuit de lundi à mardi les crampes sont survenues. Ces symptômes ont duré jusqu'à son entrée. Depuis dimanche elle n'a bu ni vin ni

eau-de-vie, ni pris aucun aliment; elle n'a rien fait non plus pour apporter quelque soulagement à son état.

Depuis son entrée elle a déjà eu quatre ou cinq vomissemens aqueux, et un grand nombre de selles liquides dont elle ne sait pas la couleur. Sa voix est éteinte, ses traits altérés, sa figure fraîche, ses extrémités légèrement froides et un peu bleues; la peau des doigts et du dos de la main est ridée, et forme un pli permanent lorsqu'on la pince. Son pouls est très-petit et donne 100 pulsations par minute; il est encore distinct à la radiale. Les crampes sont violentes et se font sentir, d'une part, depuis le bout des orteils jusqu'au jarret, et de l'autre depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'épaule. Les doigts sont rétractés, et les membres supérieurs tellement raides, que la malade ne peut les mouvoir à son gré et encore moins s'en servir.

La langue est grise à sa face supérieure, violacée à son pourtour; la soif est considérable. Tout l'abdomen est sensible à la pression, mais surtout à l'épigastre, où la chaleur est constante et très-vive, lors même qu'on ne comprime pas cette région. La malade n'a que fort peu uriné depuis l'invasion. (12 sangsues à l'épigastre; 2 pil. d'extr. d'opium d'un demi-grain chacune; eau de riz édulc. sirop de vinaigre; sinapismes aux extrémités.)

30 mars. La sensibilité épigastrique est moindre, les vomissemens ont cessé. Il y a eu six selles blanchâtres, des crampes presque continuelles et très-fortes. L'espèce de raideur tétanique des extrémités supérieures a cessé. Mais les traits sont plus altérés, la voix plus sourde, le pouls plus faible et plus fréquent (112); le froid des extrémités est plus considérable et leur teinte bleuâtre plus prononcée. La malade, qui accusait déjà hier une violente céphalalgie, se plaint de souffrir encore davantage de la tête; la somnolence est plus grande. (Inf. till. et fleurs d'oranger avec acét. d'ammoniaque, ℥ß; cat. lau-

danisé sur l'abdomen; quatre sinapismes aux extrémités; boules d'eau chaude le long des membres et du tronc; frictions sur les membres avec le baume nerval.)

31 mars. L'affaissement est plus marqué encore; le pouls est descendu à 88. Il est inégal et à peine perceptible. Il y a eu trois selles et trois vomissemens; les crampes sont beaucoup moins fortes et ne reviennent que de loin en loin. Le froid est plus considérable et s'étend même un peu au tronc. Les extrémités sont glaciales. (Pour tisane, infusion de tilleul et de fleurs d'oranger avec eau de fleurs d'oranger, ℥ iv; eau distillée de canelle, ℥ ij; sirop d'œillet, ℥ ij. Potion : eau de canelle, ℥ ij; acétate d'amm., ℥ ij; sirop d'œillet, ℥ j; 4 sinap. répétés toutes les quatre heures; frictions avec le baume nerval.)

La malade succombe dans le milieu de la journée.

Autopsie vingt heures après la mort. — Le cadavre présente encore de la rigidité, quelques vergetures aux parties les plus déclives, mais d'ailleurs rien de remarquable.

La partie inférieure du grand épiploon est d'un rose livide. Les anses intestinales offrent à l'extérieur une injection veineuse très-marquée, surtout celles qui sont plongées dans l'excavation pelvienne. Sur ces dernières l'injection veineuse se mêle d'arborisations artérielles très-prononcées. Les ganglions mésentériques sont plus gros que de coutume et peut-être un peu plus mous. La langue et le pharynx sont sains; l'œsophage est blanc et remarquable par le développement d'un nombre considérable de follicules, particulièrement à sa partie inférieure. L'estomac contient trois cuillerées de liquide légèrement verdâtre, mêlé de mucus épais. Une grande quantité de mucus adhère à la surface de ce viscère, particulièrement près de l'orifice pylorique. Il se retrouve aussi dans la première portion du duodénum. Dans la

dernière portion de cet intestin et dans le jéjunum sont accumulées des matières crémeuses, épaisses, qui, vers la fin de l'iléon, deviennent un peu plus grises, plus liquides et plus abondantes. Le cœcum est rempli d'une grande quantité de liquide semblable à de la décoction d'orge trouble et sale. Vers la fin du gros intestin ce liquide s'épaissit un peu. La muqueuse de l'estomac est d'un blanc rosé général marqué de pointillé, particulièrement vers la grande et la petite courbures. Ce même pointillé se retrouve dans la portion pylorique du duodénum; la partie moyenne est bleuâtre; la troisième d'un gris blanchâtre mêlé de quelques arborisations fines. La première portion du jéjunum présente un aspect rosé un peu livide. Vers la partie moyenne de cet intestin, on voit dans l'étendue de trois ou quatre pouces de longueur, une large bande d'un rouge vif, formée par des arborisations fines, générales, plus apparentes sur les valvules que dans leurs intervalles; une seconde plaque rouge semblable à la première existe à un pied plus loin, puis à quelque distance encore il y en a deux autres dont une est deux ou trois fois plus longue que les précédentes, et formée par des arborisations beaucoup plus multipliées. Enfin, dans la presque totalité de l'iléon, dont les parois sont assez minces, la membrane muqueuse présente l'aspect que nous venons de décrire, et de plus, dans les deux pieds qui le terminent, un nombre considérable de follicules isolés, plus saillans et plus développés que de coutume, surtout près de la valvule, où ils égalent au moins le volume d'un grain de millet. Le cœcum, le colon ascendant, la moitié de l'arc du colon et le rectum sont d'un gris pâle; la seconde moitié du colon transverse et le colon iliaque offrent des ecchymoses nombreuses d'un rouge brun, entourées d'un pointillé rose. Le foie est sain, mais gorgé de sang noir; la vésicule est distendue

par de la bile d'un noir verdâtre, légèrement poisseuse. Le pancréas et la rate sont sains.

Les reins sont très-pâles; la vessie, petite, contractée, à parois épaisses, contient une cuillerée d'urine. Le péricarde contient une cuillerée à café d'un liquide clair, transparent. Les veines du cœur sont gorgées de sang liquide; les cavités droites contiennent du sang noir à moitié coagulé et quelques caillots fibrineux jaunâtres; les cavités gauches ne contiennent que du sang liquide noirâtre; il en est de même des veines caves supérieure et inférieure, de la grande et de la petite azygos.

Le larynx et la trachée-artère sont sains. Les bronches sont un peu colorées en noir. Les poumons sont sains, mais fortement gorgés de sang noir, surtout en arrière,

Les sinus de la dure-mère contiennent peu de sang. Les membranes cérébrales sont médiocrement injectées. Le cerveau, le cervelet et la moelle épinière sont fermes et sains. Il n'y a que fort peu de liquide épanché dans les ventricules cérébraux. Les ganglions semi-lunaires sont roses et ne présentent aucune altération sous le rapport de leur volume et de leur consistance.

X.e *Obs. — Choléra algide; vingt-une heures de maladie. Inflammation de l'estomac et de l'intestin grêle; développement et boursoufflement remarquables des plaques de Peyer.* — Un journalier, âgé de 27 ans, demeurant rue de la Boucherie, au Gros-Caillou, est couché au n.° 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, dans la nuit du 31 mars au 1.er avril.

C'est un sujet d'une forte constitution, qui dit être d'une excellente santé et n'avoir jamais eu de diarrhée. Il boit de l'eau-de-vie tous les matins, mais s'enivre rarement. Il habite une petite chambre étroite et malsaine avec sa femme et trois enfans, se nourrit en général de haricots, de pommes de terre, et mange rarement de la

viande. Hier il se sentait aussi dispos qu'à l'ordinaire, et s'est couché le soir bien portant. Tout-à-coup, à minuit, il a été réveillé par des crampes violentes dans les jambes, les cuisses et les avant-bras. Bientôt après, sans coliques, sans douleurs, le besoin d'aller à la selle s'est fait sentir, et en peu d'instans le malade a rendu un plein seau au moins d'un liquide aqueux d'un blanc sale. A la suite de ces évacuations il s'est senti tout étourdi, et sa vue s'est un peu troublée. C'est peu de temps après, qu'il a été conduit à l'hôpital. A l'heure de la visite, pouls faible sans être très-petit, et donnant 100 pulsations par minute; figure froide, traits médiocrement altérés; la voix conserve de la force; la cyanose est peu prononcée, même aux extrémités et particulièrement aux mains qui commencent un peu à se réchauffer. La langue est fraîche, grise à sa face supérieure, un peu violette à sa pointe. L'épigastre est douloureux à la pression. Cependant il n'y a point de vomissemens; les selles continuent avec le même caractère qu'elles ont offert dès le principe. Il n'y a point eu d'urine rendue depuis l'invasion de la maladie. (Tilleul et fleurs d'oranger, sirop d'œillet, q. s.; acétate d'ammoniaque, ℥j (3 pots); vin de Malaga, une once toutes les demi-heures; deux sinapismes aux pieds; frictions sur les membres avec le baume nerval.)

Le soir à cinq heures, la maladie avait fait des progrès. Il y avait eu quelques vomissemens, plusieurs selles, beaucoup de crampes; le froid surtout et la cyanose s'étaient de plus en plus prononcés. La mort eut lieu vers neuf heures du soir.

Autopsie douze heures après la mort. — Forte rigidité cadavérique; lividités nombreuses sur le dos, les membres, la face, le cou et la poitrine.

Les parois de la bouche, la langue, le pharynx, l'œsophage ne présentent rien de remarquable. La masse intes-

tinale donne au toucher cette sensation pâteuse dont nous avons déjà parlé. L'épiploon, surtout à sa partie la plus déclive, est d'un rose un peu livide. Tout le tube digestif contient environ un litre et demi d'une matière généralement brunâtre qui devient de plus en plus liquide.

L'estomac, dont la muqueuse est généralement grisâtre et présente seulement par places quelques pointillures rouges, est remarquable par le nombre des follicules développés à sa surface particulièrement dans la région cardiaque ; ces follicules ne sont pas très-saillans, mais ils sont larges, arrondis, et ont un goulot très-ouvert. Ceux de la portion pylorique du duodénum sont au contraire très élevés, irréguliers, et rendent la surface de cet intestin inégale et rugueuse. On trouve enfin quelques follicules isolés dans le jéjunum ; mais ce qu'il y a de plus notable dans cet intestin, c'est la coloration générale rosée de la muqueuse, coloration à laquelle viennent s'ajouter de distance en distance des plaques de pointillé serré, et même quelques arborisations veineuses et artérielles. L'état de l'iléon est plus remarquable encore. Dès le commencement de cet intestin on rencontre une plaque de Peyer, longue de plus d'un pouce, large de trois lignes, saillante, boursoufflée, et entourée de pointillé rouge et d'arborisations fines. Avant d'arriver à la valvule, on trouve dans l'iléen quinze autres plaques de Peyer, dont quelques-unes ont jusqu'à deux, trois, quatre et cinq pouces de longueur, et qui toutes sont dans l'état que nous venons de décrire. Enfin dans les trois ou quatre derniers pieds de l'intestin, on voit en outre un nombre considérable de follicules séparés qui sont d'autant plus gros qu'on les observe plus près de la valvule. On en trouve aussi en grand nombre dans le colon et le rectum, dont la muqueuse est d'un blanc-grisâtre, et ne présente nulle part de traces d'inflammation ou de congestion. La

rate, le pancréas et le foie sont sains. Sur ce dernier organe, on observe à la face antérieure, à droite du ligament suspenseur, une plaque jaunâtre qui pénètre de plusieurs lignes dans l'intérieur du tissu. La bile est verdâtre et peu épaisse.

Les reins sont sains, d'un tissu un peu pâle; leurs veines sont gorgées de sang. La vessie a le volume d'un gros œuf, et contient environ deux cuillerées d'urine.

Le larynx, la trachée-artère et les bronches, n'offrent rien de particulier. Les poumons sont sains, crépitans, libres d'adhérences, mais contiennent du sang noir en abondance, qui ruisselle quand on les coupe.

Le péricarde contient un peu de liquide clair, transparent. Le cœur est volumineux. Le ventricule gauche est un peu hypertrophié. Les cavités droites sont dilatées, mais mécaniquement, par la présence du sang noir, demi-fluide, qui y est accumulé. Le tissu du cœur est un peu brun. Les grandes veines de la poitrine et de l'abdomen sont gorgées de sang. L'aorte est presque vide.

Le cerveau, le cervelet, la moelle épinière sont sains, d'un tissu ferme. Les sinus de la dure-mère et les vaisseaux cérébraux sont gorgés de sang. Il y a de l'infiltration séreuse sous-arachnoïdienne et un épanchement de même nature dans le canal rachidien et les ventricules cérébraux qui sont un peu distendus.

XI.e *Obs.* — *Choléra algide avec cyanose.* — *Inflammation violente de la muqueuse gastro-intestinale.* — Tronchet (Marie-Claude), tailleur de pierres, âgé de 35 ans, demeurant rue des Boucheries-Saint-Germain, n.° 63, entra à la Charité le 5 avril, à 6 heures et demie du soir.

C'est un sujet fort, vigoureux, sanguin, qui dit être d'une grande sobriété. A Paris depuis trois mois seulement, il n'a éprouvé, par suite de ce changement d'air

et de régime, aucune indisposition particulière. Il n'est point ordinairement sujet à la diarrhée; mais il en a depuis trois jours. Cette diarrhée a été peu abondante d'abord, et ne l'a point empêché de travailler et de manger comme de coutume. Mais dans la nuit de mercredi à jeudi, et surtout jeudi matin, jour de son entrée, il a eu un nombre prodigieux de selles tout-à-fait liquides et blanchâtres, et bientôt après, des vomissemens et des crampes. Un médecin qui l'a vu chez lui, a fait faire des frictions sur les membres, et prescrit une potion très-forte, dont il ne connaît pas la composition.

A son entrée, cinq ventouses scarifiées furent appliquées à la base de la poitrine et à la partie supérieure de l'abdomen.

Le lendemain, à l'heure de la visite, les vomissemens aqueux et les selles blanchâtres continuaient. Il y avait peu de crampes. La face était altérée et le froid y était partout très-marqué, particulièrement à l'extrémité du nez et au pourtour des lèvres. C'est aussi sur ces parties que la teinte violette était le plus prononcée. Les yeux étaient sans expression et peu mobiles, la voix faible, la langue grise à sa face supérieure, la soif vive, l'abdomen peu sensible à la pression dans toute son étendue. Les mains étaient livides et froides ainsi que les pieds, les jambes fraîches. La respiration était fréquente et embarrassée, le pouls, complètement insensible à l'artère radiale, donnait 60 pulsations seulement à la crurale. Le malade se plaignait de tournoiemens de tête, mais sa vue restait distincte, et il n'avait point de bourdonnemens ni de sifflemens dans les oreilles. (Tilleul, sirop d'œillet, éther sulfurique, ℥ ij; glace, ℔ iv, pour en sucer de temps en temps de petits fragmens. Large sinapisme à l'épigastre; 2 sinap. aux extrémités inférieures, 2 sinap. aux bras, ce soir).

Sept heures du soir : le malade a beaucoup vomi, mais il a eu moins de diarrhée. Son état est à-peu-près le même ; seulement le pouls radial est un peu distinct, mais d'une faiblesse telle qu'on ne peut le compter.

Il succomba à dix heures et demie, le soir même.

Autopsie 11 *heures après la mort.* — Raideur cadavérique très-prononcée. Le grand épiploon est d'un rouge amaranthe. Les intestins sont violacés et injectés à l'extérieur, et offrent, comme particularité remarquable à leur surface, un aspect villeux, onctueux, visqueux, comme si le péritoine, qui d'ordinaire est lisse et poli, eût revêtu le caractère d'une surface muqueuse ; on distingue même, à l'extérieur des intestins, des espèces de papilles ou de mamelons, ce qui achève de rendre plus frappante la ressemblance avec une muqueuse. Une matière verdâtre, noirâtre, brunâtre, visqueuse, occupe l'estomac et les intestins grêles. Cette même matière se retrouve dans le gros intestin, mais là elle est en grande abondance et couleur lie de vin. La membrane muqueuse de l'estomac est partout rouge par pointillures ou injections, épaisse, fortement mamelonnée, recouverte d'un mucus gluant et visqueux. Les intestins grêles sont à l'intérieur d'un rouge-clair ou rosés, et offrent, en outre, quelques plaques plus brunes produites par une transsudation sanguine. Les valvules conniventes sont pressées les unes contre les autres, saillantes, accumulées de manière à paraître doublées en volume et en nombre. Deux petites ulcérations anciennes et en voie de cicatrisation existent à quelque distance de la valvule iléo-cœcale ; une autre, presque cicatrisée, est située très près de cette valvule, une quatrième enfin sur l'une de ses lèvres. Dans les deux derniers pieds de l'iléon existe un nombre considérable de follicules isolés, saillans, sur un fond-rouge et quelques plaques de Peyer également saillantes. Quand

nous mêmes le gros intestin sous les yeux de M. Dance, jamais, nous dit-il, je n'ai vu le gros intestin plus maléficié; presque partout la muqueuse est épaissie, d'un noir livide ou brun, boursouflée, ecchymosée, pénétrée de sang, laisse voir un nombre immense de follicules, dont les goulots ouverts la font paraître comme criblée et dentelée. Ces lésions sont plus marquées dans le cœcum et le colon descendant que partout ailleurs. Quelques places intermédiaires sont moins lésées. Cette altération ne peut être mieux comparée qu'à celle qu'on observe dans la dysenterie. Mais l'état du cadavre, qui est fort musclé et bien nourri, et les renseignemens fournis par le malade, ne peuvent pas faire supposer que ces lésions soient anciennes. Le pancréas est sain, la rate petite, comme ridée, saine d'ailleurs. A l'extérieur, le foie est marqueté d'un bon nombre de points et de plaques jaunes se dessinant sur un fond-rouge violet. La vésicule est pleine d'une bile verdâtre, épaisse. Les reins sont d'un rouge violet, sains d'ailleurs. La vessie est très-contractée et presque vide.

Le cœur est plein de sang noir à caillots fibrineux à droite, liquide à gauche : son tissu est un peu plus brun que dans l'état ordinaire.

Le larynx, la trachée et les bronches n'offrent rien de remarquable. Les poumons sont sains, mais gorgés de sang noir.

L'extérieur de la dure-mère fournit du sang par gouttelettes nombreuses. Une quantité considérable de petits vaisseaux rampent dans les méninges. Tous les gros vaisseaux du cerveau sont gorgés de sang. La substance cérébrale est sablée de points rouges. Il n'y a dans les ventricules cérébraux qu'une faible quantité de sérosité. Le canal vertébral n'a pas été ouvert.

Obs. XII.e — L'observation suivante diffère de toutes

celles qui précédent sous plus d'un rapport. Le malade était un jeune homme éminemment prédisposé au choléra, et chez lequel les symptômes de cette maladie ne se sont cependant montrés que d'une manière incomplète, et semblent s'être arrêtés tout-à-coup pour faire place immédiatement à une congestion violente du cerveau, puis des poumons. Les altérations trouvées après la mort, et particulièrement celles du canal intestinal, sont celles qu'on rencontre ordinairement dans le choléra. Si le développement folliculaire considérable qui existait dans tout le tube digestif est l'effet de la secrétion de cette énorme quantité de liquide qui d'ordinaire pleut à la surface de la muqueuse gastro-intestinale, et que les malades rendent par les selles et les vomissemens, comment s'est-il produit dans ce cas où il y a à peine eu un vomissement et point de diarrhée? Si, au contraire, il est la cause de cette abondante sécrétion, pourquoi n'a-t-il point eu son effet? Sans doute, parce qu'une réaction forte, trop forte même, s'est établie de suite. Il est arrivé chez ce jeune homme ce qui a eu lieu chez tant d'individus, à toutes les époques de l'épidémie, mais particulièrement vers le milieu. A peine les premiers symptômes du choléra s'étaient-ils déclarés, qu'ils ont été plus ou moins promptement remplacés par une réaction, qui a été favorable quand on a su la modérer et la diriger convenablement. Remarquez bien que je ne parle pas de ces cas de choléra grave dans lesquels on n'obtenait la réaction qu'après un temps plus ou moins long et à l'aide de remèdes variés, mais de ces cas benins dans lesquels, par des moyens simples et quelquefois même par le seul séjour au lit, un refroidissement léger était bientôt suivi d'une sueur abondante, caractéristique, et qu'on a comparée avec raison à celle des femmes en couches. Si notre malade a succombé, c'est peut-être parce qu'on a agi trop

tard et trop mollement. Trente sangsues furent appliquées cependant; mais cette évacuation sanguine était loin de suffire, et dans l'intervalle d'une visite à l'autre, la maladie avait fait tant de progrès que, malgré une nouvelle application de sangsues, ce jeune homme mourut quarante heures après l'invasion. L'existence d'une bronchite légère qui existait chez le malade depuis quelques jours, a dû singulièrement favoriser la congestion pulmonaire et l'inflammation des lobes inférieur et moyen du poumon droit. Cette pneumonie ne fut pas soupçonnée. Existait-elle le matin à l'heure de la visite? Je ne le pense pas. M. Dance avait ausculté lui-même le malade et fait noter sur la feuille d'observation que l'air pénétrait librement dans les poumons : ou bien à ce moment elle était fort légère, ou elle s'est développée plus tard. La seule circonstance qui puisse laisser un peu de doute à cet égard, c'est l'état d'hépatisation avancée du lobe moyen du poumon droit. Par cela même qu'elle a été méconnue, cette pneumonie, qui a dû puissamment contribuer à la mort, n'a été combattue par aucun moyen particulier.

François Xavier, âgé de 17 ans, palefrenier, rue de Marbeuf, n.° 3, Champs-Elysées, avait été couché au n.° 8 de la salle Saint-Jean de Dieu, le 3 avril, à 9 heures du soir.

Nous ne le vîmes que le lendemain à l'heure de la visite. Ce jeune homme est bien muselé, frais, et paraît jouir habituellement d'une très-bonne santé. Il est sobre, actif, bien nourri, bien vêtu, et sous tous ces rapports semble offrir peu de prises au choléra. Il n'en est pas de même sous un autre rapport important; il a fait partie de l'expédition française en Afrique, et lors de son séjour à Alger, il a eu la dysenterie pendant six semaines. Depuis son retour, il a eu quelquefois de la diarrhée, en particulier dans ces derniers temps. Cette diarrhée n'est jamais accompagnée

de coliques et cède ordinairement d'elle-même et assez promptement.

Hier vers deux heures de l'après midi, ce jeune homme, qui dit être enrhumé depuis quelques jours, s'est fatigué à pomper pendant une demi-heure de suite. Un quart d'heure après il s'est senti brisé, a éprouvé un mal de tête violent, et un peu de refroidissement général. Il est allé se mettre au lit, et la chaleur est bientôt revenue. Depuis l'invasion de la maladie jusqu'au moment de son entrée, il dit n'avoir eu ni selles, ni vomissemens, ni crampes. A son arrivée il a eu un vomissement aqueux d'un blanc verdâtre. Mais depuis, le vomissement ne s'est pas renouvellé, et il n'y a point eu d'évacuations alvines. En l'examinant, nous sommes frappés d'abord de l'état de réaction générale qui existe chez lui; la peau est chaude partout, aux membres comme au tronc, elle est brûlante sur l'abdomen. Le pouls est assez petit, mais très-fréquent (150 pulsations par minute). Le malade se plaint surtout de céphalalgie violente et de douleur au creux de l'estomac. Sa figure est médiocrement rouge, ses yeux à moitié fermés, ses conjonctives injectées; il est un peu somnolent; sa tête est évidemment embarrassée, son cerveau gorgé de sang. La langue est grisâtre, un peu villeuse, rouge à la pointe; la soif vive. Le ventre est généralement douloureux à la pression, mais l'épigastre plus que toutes les autres régions. L'air pénètre librement dans les deux poumons. De temps en temps le malade ressent dans les membres supérieurs, non pas des crampes, mais une sorte de contracture qui n'est pas douloureuse. Il n'urine pas. (20 sangsues à l'épigastre; 10 sangsues derrière les oreilles; infusion tilleul, sirop d'œillet; glace, pour étancher la soif; lavement d'eau froide; cataplasme émollient sur l'abdomen).

A huit heures du soir, la congestion cérébrale était

considérable. Le malade était dans un état de somnolence dont il était impossible de le tirer, et il ne pouvait plus répondre aux questions qu'on lui adressait ; sa respiration était stertoreuse et très-embarrassée. Une seconde application de 25 sangsues fut faite derrière les oreilles. Cette évacuation sanguine fut, comme la première, abondante, mais elle ne fut pas suffisante pour débarrasser le cerveau. Le malade succomba à cinq heures du matin, le 5 avril.

Autopsie quatre heures après la mort. — Cadavre frais, formes arrondies, rigidité très-prononcé, rien d'ailleurs de remarquable.

Absence de gaz dans les intestins, état comme pâteux de ces viscères lorqu'on les palpe. Peu d'injection veineuse ou d'arborisation vasculaire à leur surface extérieure. Le pharynx est un peu livide, l'œsophage blanc. L'estomac contient deux cuillerées de liquide verdâtre ; le canal intestinal est rempli d'un liquide abondant, d'un jaune doré dans l'intestin grêle, un peu verdâtre dans le gros intestin qui contient vers la fin une certaine quantité de fèces de même nature. L'estomac présente à l'intérieur un nombre considérable de points blancs, arrondis, bien circonscrits, un peu déprimés et noirâtres à leur centre, parsemés sur un fond rougeâtre de la membrane muqueuse. Ils sont surtout multipliés dans la portion cardiaque autour de l'orifice supérieur. Ces points blancs sont évidemment des follicules dont l'orifice devient plus apparent lorsqu'on racle doucement leur surface. Autour de ces follicules existent des pointillures, des rougeurs et des marbrures rouges nombreuses. Dans sa partie moyenne la membrane muqueuse a un aspect ridé. De nombreux follicules isolés se remarquent dans le duodénum; ils forment sur la muqueuse des saillies arrondies, de la grosseur d'une tête d'épingle et de couleur blanche. Le même développement folliculaire s'observe dans tout le jéjunum,

diminue un peu vers la fin, puis devient plus considérable que jamais dans toute l'étendue de l'iléon. Dans cet intestin les follicules sont tellement rapprochés qu'ils forment une surface comme chagrinée. Quant aux plaques de Peyer, elles sont peu développées. Dans le gros intestin les follicules sont également très-nombreux mais moins saillans, moins volumineux que dans l'intestin grêle. Un point noir en marque le siège. Du reste il n'y a point d'injections, pas de rougeurs ou d'ecchymoses, ou d'autre altération de couleur et de texture dans toute l'étendue de la muqueuse intestinale, même autour ou à la surface des follicules. Le foie à sa surface est d'un aspect jaunâtre par plaques, il est d'un rouge brun dans son épaisseur et ruisselle de sang quand on fend son tissu. Il est du reste très-volumineux. La bile cystique est verdâtre, abondante, médiocrement épaisse. La rate est grosse, mais saine; les reins sont sains, mais gorgés de sang noir; la vessie est d'une capacité plus qu'ordinaire et distendue par une grande quantité de liquide; sa surface interne est lisse, un peu violacée et injectée. Le pancréas est d'un blanc jaunâtre et sain.

La trachée artère à sa partie inférieure, est d'un rouge brun ainsi que les bronches. Le poumon gauche est simplement engoué, non gorgé de sang, mais crépitant. Le droit est beaucoup plus altéré. Son lobe inférieur est non-seulement engorgé, mais encore dans un premier degré d'hépatisation, rouge brun, facile à déchirer, ruisselant de sang. Le lobe moyen est plus hépatisé encore, carnifié en quelque sorte, tout-à-fait imperméable à l'air, dur et surnageant à l'eau. Le lobe supérieur seul est sain et crépitant.

Dans le péricarde, dont la surface est lisse, d'aspect naturel et sans apparence de fausses membranes, existe une cuillerée à café environ d'un liquide blanc grisâtre,

trouble et comme purulent, ayant quelque analogie pour la couleur et la consistance avec la matière pulpeuse et blanchâtre qu'on rencontre ordinairement dans l'intestin des cholériques. A la face inférieure du cœur existent cinq ou six petites ecchymoses sous-péricardiennes. Les cavités droites sont distendues par du sang noir et des caillots demi-fibrineux ; dans les gauches, on trouve du sang demi-liquide et peu de caillots ; le tissu du cœur est un peu flasque, sa couleur d'un rouge-brun.

Il existe une congestion cérébrale des plus marquées : les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir et fluide ; les méninges sont fortement injectées; on y aperçoit des arborisations nombreuses, formées par une multitude d'artères capillaires. Les circonvolutions cérébrales sont manifestement aplaties, la substance du cerveau est fortement sablée de sang, et les ventricules remplis d'une quantité assez considérable de sérosité transparante. Le cerveau enlevé, il s'écoule dans les fosses crâniennes une grande quantité de sang qui ne tarde pas à se concréter.

XIII.e *Obs.* — Carton, porteur d'eau, âgé de 30 ans, demeurant rue Contrescarpe-Dauphine, fut admis à la Charité le 28 mars 1832.

Cet homme, de petite taille, mais extrêmement vigoureux, dit être malade depuis le dimanche 25 dans la soirée. Déjà depuis deux jours il éprouvait, même après un travail médiocre, une lassitude extraordinaire et un appétit dévorant. Dimanche, vers trois heures de l'après-midi, il a été pris tout-à-coup de vomissemens et de diarrhée. Depuis, c'est-à-dire avant-hier, hier et aujourd'hui, il a eu trois à quatre selles aqueuses par jour, quelques vomissemens de même nature, assez rares, mais point de crampes. Afin de se ranimer un peu, et croyant par là relever ses forces, il a pris deux fois du

vin chaud depuis l'invasion de sa maladie. Mais l'ingestion de ce liquide n'a pas produit l'effet que le malade en espérait, et a rappelé chaque fois les vomissemens.

A cinq heures du soir, peu de temps après son entrée, il se plaint surtout d'un grand abattement, d'une faiblesse extrême et d'une céphalalgie très-intense : il est couché sur le dos, dans un état apparent d'apathie et d'indifférence. Il ne demande rien, ne pousse que quelques plaintes sourdes par momens, et paraît faire de très-grands efforts pour répondre aux questions qu'on lui adresse. Ses traits sont profondément altérés, ses yeux sont mornes, entourés d'un cercle bleu, enfoncés dans leurs orbites; les conjonctives sont fortement injectées, particulièrement à leur partie interne; toute la face est bleuâtre et froide, particulièrement le nez et les lèvres. Les membres supérieurs et inférieurs sont d'un froid glacial et violets dans toute leur longueur. La chaleur n'est un peu conservée qu'à la poitrine et à l'abdomen. La voix est faible, la parole lente, le pouls très-petit, facilement dépressible, et donne 104 pulsations par minute; la soif est vive, la langue fraîche, grise et villeuse à sa face supérieure; les vomissemens continuent et se composent d'un liquide aqueux, mêlés de flocons d'un noir brun. Les selles sont rares, également aqueuses. Il n'y a point de crampes, mais une sorte d'endolorissement général dans les membres supérieurs et inférieurs que le malade n'a pas la force de mouvoir. Tout l'abdomen est douloureux à la pression, mais en comprimant la région épigastrique on excite des douleurs atroces et une angoisse inexprimable. (Infusion de camomille avec acétate d'ammoniaque, ʒj (deux pots); quatre pilules d'extrait gommeux d'opium d'un demi-grain chacune; quatre sinapismes aux membres, les répéter dans la nuit; frictions sur les membres avec de l'alcohol camphré.)

29. Les extrémités sont un peu réchauffées, mais la teinte violette persiste. Les selles et les vomissemens sont arrêtés, mais d'ailleurs l'état du malade est le même; toujours même abattement, même sentiment de brisement général, même altération des traits. Pouls toujours faible, 84. (Infusion till. sirop d'œillets; frictions avec le baume nerval; sinapismes nouveaux aux extrémités supérieures et inférieures.)

Le soir il y avait eu un mieux momentané. La prostration était moindre, la voix moins faible, les mouvemens plus libres. Mais peu d'instans après, le malade était retombé dans l'état où il était la veille et le matin. (Deux pil. d'extr. gommeux d'opium d'un demi-grain.)

30. Point de vomissemens, point de selles, point de sécrétion urinaire. Un peu de sommeil la nuit dernière. La céphalalgie persiste, ainsi que les douleurs dans les membres. Mais il y a moins de rougeur des conjonctives; l'expression des traits est meilleure, et la face est moins violette; la langue est toujours grise et villeuse, la soif médiocre, la chaleur douce et naturelle aux membres et au tronc. L'abdomen est généralement douloureux à la pression, mais la sensibilité épigastrique est moins vive. Pouls un peu relevé, 80. (Dix sangsues à l'anus; catap. laudanisé sur l'abdomen; une friction avec le baume nerval.)

31. Point de vomissemens, point de diarrhée. L'épigastre est beaucoup moins sensible à la pression, ainsi que le reste du ventre. Mais le malade accuse une vive douleur dans le dos, dans la partie qui correspond à la face postérieure de l'estomac; toujours un peu d'assoupissement. Cependant il y a un peu d'expansion des traits, la chaleur est assez bonne et le pouls est un peu développé; il donne 82 pulsations par minute. (Inf. feuilles d'oranger, sirop d'œillet. Potion aromat. : acétate d'am-

moniaque, ℥ j; sirop diacode, ℥ ß. Sinapismes aux extrémités inférieures.)

1.er avril. Même état, si ce n'est un peu plus de sensibilité à la région épigastrique et un peu de refroidissement des mains. (Dix sangsues à l'épigastre; catap. émoll. sur l'abdomen; inf. tilleul et fleurs d'oranger, sirop d'œillet; demi-lavement émollient.)

2. Les conjonctives moins injectées ces jours derniers le sont plus aujourd'hui. La chaleur est très-bonne partout. L'urine qui commençait à couler depuis deux jours a été très-abondante hier; le malade parle plus nettement. Les saugsues ont donné beaucoup de sang et l'ont soulagé pour quelque temps. Quoique la douleur soit plus étendue et se fasse sentir jusqu'à l'ombilic et dans la région cœcale, elle est moins forte qu'hier. Le ventre est un peu pâteux au toucher, sonore à la percussion, et semble plus plein que de coutume. La chaleur est bonne, le pouls plein, développé, à 80. (Tilleul et fleurs d'oranger, sirop d'œillet; bain entier; catap. émollient sur l'abdomen; lavement émollient.)

3. Il y a aujourd'hui quelques signes de congestion cérébrale; le malade a l'air hébêté; il est abattu, assoupi, couché à moitié sur le ventre. Sa langue est un peu sèche, et cependant il dit avoir peu de soif. Son pouls est assez développé, donne 92 pulsations par minute. La chaleur est bonne, la langue un peu sèche, et malgré la pression qu'on exerce sur le ventre, le malade ne paraît pas souffrir, soit qu'en effet les symptômes gastriques aient fait place aux symptômes cérébraux, soit que l'état du cerveau le rende insensible aux douleurs abdominales. (Limonade légère (2); ajoutez eau de fleurs d'oranger ℥ij par pinte; 12 sangsues derrière les oreilles; lavement émollient.)

4. Les sangsues ont fourni un écoulement de sang abon-

dant et produit une amélioration remarquable. La langue est un peu sèche et villeuse, mais le malade a de l'appétit. L'air d'hébétude si prononcé qui se peignait hier sur ses traits n'existe plus aujourd'hui. L'expression de la figure est bonne, la chaleur douce, le pouls moins fréquent, bien développé. (Limonade, eau de fleurs d'oranger, ℥ ij (2); cinq bouillons.

Le 5, l'amélioration continue. (Même prescription).

6. Le malade est bien encore aujourd'hui. Cependant depuis hier il a eu trois selles liquides. (Riz édulc.; 2; potion gom. sirop diacode, ℥ j; deux demi-lav. d'amidon et têtes de pavot.)

7. Quoiqu'hier soir il eût l'air un peu égaré, néanmoins il paraît être tout-à-fait bien ce matin. Il n'a eu qu'une selle depuis hier, il a bien dormi; l'expression de la face est naturelle, ses yeux sont bien nets, nullement injectés; le ventre est souple, et il n'y a qu'à la région épigastrique que la pression soit un peu douloureuse. La langue est large et humide. La chaleur est bonne, le pouls naturel. (Même prescription; trois demi-crêmes de riz.)

8. Le mieux ne s'est pas soutenu. Il y a ce matin des éblouissemens, des étourdissemens. Le malade a eu deux selles et un vomissement. (Nous n'avons pu au juste en connaître la nature). La région épigastrique est toujours douloureuse, et plus encore la région iliaque droite. La langue est large, humide et dans son état naturel. Le pouls est sans fréquence (64), mais par fois se développe incomplètement. (Huit sangsues à l'anus; décoction blanche; cataplasme émollient sur l'abdomen; demi-lav. d'amidon et de têtes de pavots.)

9. Déjà hier il existait quelques symptômes de congestion cérébrale (éblouissemens, étourdissemens). Mais les symptômes gastriques prédominaient. Aujourd'hui c'est le contraire. Il y a encore un peu de sensibilité épigas-

trique; mais la région iliaque droite n'est plus douloureuse à la pression; il n'y a point eu de selles ni de vomissemens; la langue est large, humide, grisâtre. D'un autre côté, le pouls est fréquent, la chaleur assez forte, le teint animé. Le malade a du délire; il veut se lever, s'habiller, quitter l'hôpital. (20 sangsues derrière les oreilles; riz g. édulc., 2; cataplasme émoll. sur l'abdomen; deux synapismes aux genoux.)

10. Le délire continue, mais l'agitation est un peu moindre, les yeux sont animés, brillans; la langue un peu sèche, les dents légèrement encroûtées de mucus jaunâtre desséché; abdomen insensible à la pression; point de selles, point de vomissemens. (18 sangsues derrière les oreilles; sinapismes aux mollets; lavement émollient; application continuelle de glace sur la tête.)

11. Toujours du délire, mais plus tranquille encore. même état d'ailleurs. (Même prescription, à l'exception des sangsues.)

12; 13, 14. Au délire se joint un état d'affaissement assez marqué, mais qui reste stationnaire. Fixé dans son lit par la camisole de force, le malade reste couché sur le dos, les yeux entr'ouverts, la bouche à moitié close, parlant peu, ne criant jamais, mais déraisonnant dans toutes ses réponses. De l'émulsion d'amandes douces, des sinapismes aux extrémités inférieures, et de la glace continuellement appliquée sur la tête, constituent tout le traitement.

15. Le délire avait paru moindre hier et on avait supprimé la glace; mais l'état du malade oblige à l'appliquer de nouveau aujourd'hui. Les jours suivans on la remplace par des compresses d'oxycrat fréquemment renouvelées. Le délire continua, mais en diminuant chaque jour, et cessa enfin complètement le 18. Le malade se plaignit quelques jours encore d'un peu de mal de tête qui céda

à des pédiluves sinapisés. Mais à partir de cette époque il n'éprouva plus aucun accident; on commença à l'alimenter un peu. Du lait, des bouillons, des potages, puis des alimens solides qui lui furent successivement donnés, ne fatiguèrent point l'estomac et furent bien digérés. Quelques petites promenades faites dans les salles ou dans le jardin de l'hôpital, achevèrent de lui rendre la santé, et il sortit le 2 mai, un peu faible encore, mais dans un état très-satisfaisant.

Observations de choléra recueillies dans le service de M. RAYER *(hôpital de la Charité), par M.* DUPLAY, *interne.* (Suite.)

§. I. — Dans une précédente série de faits, nous avons réuni des cas de guérison qui représentaient les principales formes sous lesquelles le choléra s'est offert à notre observation. Nous avons aussi passé en revue la plupart des maladies secondaires qui s'étaient présentées à nous. Pour compléter autant que possible cette première partie, il nous reste à donner l'histoire d'une forme particulière de la maladie que nous avons observée chez une de nos dernières malades. Cette forme, dans laquelle les symptômes d'asphyxie et l'aphonie, manquent complètement, est caractérisée par un trouble très-grand dans la circulation par une absence du pouls, le cœur conservant toujours des battemens très-forts. Cette variété de la maladie, dans laquelle le trouble de la circulation et l'état du pouls radial sont les symptômes les plus remarquables, peut être désignée sous le nom *d'asphygmique.*

Obs. XIII.[e] — *Choléra; trouble considérable dans la circulation (choléra asphygmique); battemens du pouls radial presque nuls, avec des battemens du cœur qui sont*

au contraire très-forts; conservation de la chaleur et de la voix malgré le trouble circulatoire; excitans extérieurs et intérieurs. — Guérison. — Marianne Badier, bonne d'enfans, âgée de 21 ans, demeurant rue Jacob, n.° 10, entre à l'hôpital de la Charité le 20 mai à six heures du matin. Le 17, elle avait eu trois selles en diarrhée et un malaise dont elle ne pouvait se rendre compte. Le 17, la diarrhée avait persisté; il y avait eu quatre évacuations alvines; il y en eut quatorze le lendemain. Des vomissemens survinrent le 19; ils se répétèrent chaque fois que la malade prit de la tisane. Enfin, il survient des crampes peu douloureuses Un médecin appelé par la malade lui fit appliquer vingt sangsues vers la région ombilicale et lui prescrivit l'eau de riz pour boisson. La malade fut apportée le lendemain.

Le 20 mai, face pâle; yeux légèrement caves et un peu injectés; voix naturelle; langue humide à sa température ordinaire; extrémités non-violacées, non réfroidies; pouls excessivement petit. Ce n'est qu'avec la plus grande attention qu'on peut le compter; il marque 128 pulsations. Le cœur ausculté bat fort; son impulsion est aussi forte que dans l'état naturel et offre un contraste singulier avec l'excessive petitesse du pouls radial aux deux avant-bras; la respiration s'entend bien. Il y a beaucoup de faiblesse et d'anxiété; vomissemens fréquens; soif très-vive, pas de crampes. Il n'y a pas de selles depuis hier soir. La sécrétion urinaire est complètement suspendue. (Malaga sans éther, ℥ jß; eau vineuse pour boisson; laudanum, gouttes xviij dans eau ℥ ij.)

Le soir, les vomissemens persistant, on donne à la malade une nouvelle dose de laudanum, douze gouttes dans deux onces d'eau.

Le 21, face moins altérée; yeux moins caves; voix naturelle; extrémités chaudes; soif vive; nausées; un peu de

hoquet; langue légèrement rouge et visqueuse. Plusieurs vomissemens dans la matière desquels se trouve un lombric; pas de selles; pas d'urines. Le pouls radial est plus sensible que la veille; il marque cent pulsations par minute; il est plus en rapport que la veille avec les battements du cœur qui sont toujours forts. (Chiendent, réglisse, eau vineuse; diète.)

Le 22, la face est un peu rouge; la langue humide; le pouls radial a repris toute sa force; pas de hoquet, pas de vomissemens, pas de selles. On surveille avec soin toutes les cavités. Le soir, la malade urine assez abondamment.

Le 24, l'état est satisfaisant. Le 25, la malade est en pleine convalescence, et le 28, elle sort, après un rétablissement des plus *rapides et des plus complets*.

Ce fait n'est pas le seul de ce genre que nous ayons observé. Dans le moment même où nous transcrivons cette observation, M. Rayer est témoin, dans sa pratique particulière, d'un fait entièrement analogue, et auquel il nous a fait assister. Jusqu'ici nous avions bien observé dans certains cas, comme principal symptôme, un trouble considérable dans la circulation, et des battemens artériels qui n'étaient pas en rapport avec les battemens du cœur; mais jamais ce phénomène n'avait été aussi tranché que chez ces deux malades. A quoi peut tenir ce phénomène singulier? Pourquoi le cœur, donnant une impulsion aussi forte que dans l'état sain, le pouls radial cesse-t-il de battre? Ordinairement la diminution, l'absence des battemens du pouls radial sont la répétition d'un état analogue dans les battemens du cœur. Ce n'est pas dans le défaut d'énergie de l'organe central de la circulation que l'on trouve l'explication du fait, car la force de son impulsion et de ses contractions donne, ce me semble, la mesure de la puissance qui lui reste encore. Est-ce au contraire le liquide sur lequel il se contracte et qu'il doit

chasser au loin, qui a subi certains changemens dans ses qualités physiques et dans sa composition chimique, changemens qui soustrairaient le liquide à l'influence du cœur? On ne peut s'empêcher, en étudiant ce fait, de se rappeler que Dieffenbach, en pratiquant l'artériotomie sur des cholériques, trouva le sang artériel pris en caillots consistans. De plus, chez la malade observée en ville par M. Rayer, les battemens de l'artère crurale se faisaient sentir, quoique le pouls radial eût cessé de battre. Le calibre du vaisseau semblerait donc être pour quelque chose dans la production de ce phénomène. Aussi est-il probable que dans ces cas, des concrétions se forment pendant la vie dans l'intérieur des artères d'un moyen calibre.

Dans l'observation suivante la convalescence du choléra fut entravée par l'apparition d'une roséole à la suite de la réaction.

Obs. XIV.e — *Choléra algide; roséole à la suite de la réaction. — Guérison.* — Bouyat, valet de chambre, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 17 mai, et il est placé au N.o 28 de la salle Saint-Michel. Cet homme était malade du choléra depuis huit jours. Il avait été confié aux soins d'un praticien distingué. Des sangsues, des ventouses scarifiées, des moxas, avaient été placés sur la région épigastrique. Cependant, la diarrhée et les vomissemens avaient continué. Le malade était à peine sorti de la période algide quand il entra à l'hôpital, il présentait alors l'état suivant :

Le 17 mai, langue humide, tiède; voix très-faible, face pâle, sans expression cholérique; pouls petit mais très-appréciable; pas de crampes; pas de vomissement pendant la nuit; une seule selle en diarrhée. La respiration paraît pénible quoique l'auscultation ne fournisse aucun signe.

On provoque une réaction plus forte, à l'aide de quelques cuillerées de vin de Malaga et de sinapismes appliqués aux extrémités.

Les jours suivans, la voix reprend son timbre, le pouls se relève, la respiration cesse d'être pénible.

Le 21, il survient une éruption qui se manifeste sur tout le corps, mais surtout sur les membres. Cette éruption, sur les cuisses et sur le ventre, est disposée par plaques assez étendues, d'un rose assez foncé, de forme irrégulièrement circulaire, non proéminentes et offrant tous les caractères de la roséole. Dans certains points, cette rougeur est en nappe et ressemble un peu à celle de la scarlatine. Sur la poitrine, l'éruption se rapproche beaucoup de la rougeole. Du reste, l'état général est excellent. Cette éruption ne s'accompagne d'aucun trouble.

L'éruption était entièrement éteinte le 27; elle n'avait pas été suivie de desquammation. Le malade est en pleine convalescence maintenant.

Plusieurs faits de ce genre ont été observés dans les salles de l'hôpital de la Charité. Dans le service de M. Lherminier, deux malades ont présenté, pendant la période de réaction, la même éruption, qui a été aussi observée chez trois malades de M. Rullier.

Nous avons trouvé plusieurs fois, à l'autopsie des individus morts du choléra, les poumons infiltrés comme chez les individus qui succombent à la fièvre typhoïde. Dans cet état, les poumons étaient mous, surnageaient dans l'eau, crépitaient fort peu, résistaient au doigt qui ne les pénétrait pas, et présentaient à la section une coloration rouge foncée. Dans l'observation qui suit, nous avons combattu et fait disparaître par la saignée un état du poumon analogue à cette altération.

Obs. XV.e — *Choléra algide.* — *Toniques.* — *Réac-*

tion. — *Engouement pulmonaire.* — *Saignée.* — *Guérison.* — Chamiarlière, âgé de 30 ans, commissionnaire, habituellement adonné aux excès de boissons, est pris, pendant la nuit du 16 au 17 mai, de douleurs abdominales et de diarrhée. Les jours précédens il avait été bien portant. Il survient des nausées, mais les vomissemens ne se montrent que le 17 vers midi; alors surviennent aussi des crampes : un médecin fait appliquer 25 sangsues à l'anus, mais elles procurent peu de soulagement. Le malade est apporté le soir même; à cette époque, il présente :

Le 17 mai, yeux cernés et caves, presque continuellement fermés; voix très-faible; face violacée et froide; langue un peu au-dessous de sa chaleur normale; teinte violacée des mains, de la poitrine et du reste du corps; pouls radial sensible; crampes assez fortes; un vomissement en arrivant; pas de selles depuis trois heures; la respiration paraît très-pénible et très-difficile, c'est le phénomène le plus marqué chez ce malade. (Malaga éthéré; compresses d'ammoniaque sur le sternum ; sinapismes ; lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xv).

Le 18, mieux marqué; la face est moins bleuâtre, elle est chaude; pouls marquant cent pulsations; la langue a repris sa température habituelle; plusieurs vomissemens cette nuit; deux selles en diarrhée; pas d'urines; la voix a repris son timbre et sa force. (Eau vineuse; laudanum, gouttes xij dans eau ℥j).

Le soir, le malade n'a pas encore uriné; il paraît abattu; il prétend avoir la tête lourde, chargée, suivant son expression; on percute la poitrine; le côté droit résonne un peu moins que le gauche; la respiration s'y entend, mais d'une manière moins complète qu'à gauche. L'air y pénètre, mais l'expansion pulmonaire n'est pas aussi étendue que du côté opposé. (On pratique une saignée de trois palettes.)

Le 19, la face n'est plus cholérique; il n'y a plus d'oppression; les signes de l'engouement pulmonaire ont disparu; la tête est moins embarrassée que la veille; le malade a un peu uriné.

A dater de ce moment il ne se manifeste aucun symptôme particulier; la maladie marche vers la guérison. Le malade entièrement rétabli est encore dans nos salles et doit sortir incesssamment.

§. II. — Dans le paragraphe suivant, nous allons rassembler des faits dans lesquels la maladie s'est terminée par la mort. Ici, comme nous l'avons fait pour les cas de guérison, nous suivrons la maladie autant que possible dans ses diverses périodes et dans ses complications les plus importantes, et cela avec d'autant plus d'intérêt, qu'en regard du symptôme se trouvera souvent la lésion anatomique.

Dans le commencement de l'épidémie, les malades peu empressés à reclamer les secours de l'art, arrivaient presque tous dans la période algide; chez eux, la maladie était déjà si avancée, qu'il était impossible de provoquer la moindre réaction. L'observation suivante, prise malheureusement parmi un grand nombre d'autres, offre un exemple de cette terminaison promptement fatale.

Obs. I.re — *Choléra algide.* — *Aucune réaction.* — *Mort.* — *Développement des follicules vers la fin de l'intestin grêle.* — Rosalie Nouvion, blanchisseuse, âgée de 52 ans, demeurant rue de la Tour d'Auvergne, n.° 10, d'une bonne santé habituellement, entre à l'hôpital de la Charité le 2 avril, et elle est placé au n.° 14 de la salle Sainte-Madeleine. Cette femme avait eu un peu de diarrhée le 1.r avril au matin, mais dans la journée elle n'avait rien éprouvé de nouveau. Pendant la nuit du 1.er au 2, la diarrhée reparait; le matin, les garde-robes sont très-fréquentes, liquides, entièrement aqueuses; en peu de

temps la malade est épuisée ; elle ne vomit pas, mais des crampes surviennent, la voix s'affaiblit, et les urines se suppriment complètement.

A quatre heures du soir, la malade présente : face terreuse, légèrement bleuâtre, froide, et couverte d'une sueur visqueuse; yeux caves, cernés de noir; conjonctives injectées; extrémités froides, fortement violacées; même coloration des ongles; langue froide ainsi que l'haleine; nausées, vomissemens, selles fréquentes; soif vive, sentiment d'oppression; voix très-faible; respiration suspirieuse; pouls radial; battemens du cœur très-faibles; crampes douloureuses; pas d'urine. (Compresse imbibée d'ammoniaque sur le sternum, quatre sinapismes; sachets de son chauffés, autour de la malade; décoction de ratanhia citronnée et édulcorée; Malaga éthéré à prendre par cuillerées d'heure en heure; lavement; ratanhia avec laudanum, gouttes xviij).

Le 3, aucune amélioration; la voix est toujours excessivement petite et la face plus froide que la veille; pommettes encore plus fortement violacées que la veille; yeux profondément renfoncés; cercle noirâtre autour de la cornée: extrémités glacées; pouls nul; respiration pénible; vomissemens; selles involontaires et presque continuelles. (Même traitement que la veille).

L'affaissement augmente pendant la journée, la respiration devient de plus en plus faible et la malade meurt à sept heures du soir.

Autopsie 16 heures après la mort. — Tête. — Les sinus de la dure-mère contiennent une assez grande quantité de sang. Les artères et les veines cérébrales sont fortement gorgées de sang. Les deux substances du cerveau présentent leur consistance et leur coloration normales. Le cervelet est sain, mais ses vaisseaux sont fortement gorgés de sang.

La moelle épinière est saine. Les veines qui rampent sur ses deux faces présentent aussi une injection marquée.

Poitrine. — Les poumons, sains à droite et à gauche, sont pénétrés d'une très-petite quantité de sang. Les veines et les artères pulmonaires laissent échapper un sang noirâtre.

Le cœur, qui présente sa consistance et sa coloration normales, est gorgé d'un sang noirâtre, poisseux; des caillots plus ou moins consistans occupent les cavités et s'étendent dans le commencement des gros vaisseaux.

Les bronches, la trachée artère et le larynx, sains dans toute leur étendue, présentent un peu de mucosité dans leur intérieur.

Abdomen. — L'estomac, d'une ampleur assez considérable, est rempli d'un liquide noirâtre formé en grande partie par les boissons de la malade. La membrane muqueuse, vers le grand cul de-sac, présente plusieurs points piquetés de rouge. Vers la grande courbure, la muqueuse forme des plis très-nombreux, noirâtres et comme ecchymosés. Çà et là on apperçoit, sur toute la surface, des points d'un blanc mat, de la largeur d'une lentille, applatis, et qui forment une saillie légère. Du reste la membrane muqueuse offre sa consistance naturelle.

L'intestin grèle présente une teinte violacée à son extérieur. Dans presque toute son étendue la muqueuse offre, vers le bord libre de l'intestin, une injection d'un rouge foncé, véritable ecchymose qui est interrompue de temps à autre et remplacée par la pâleur normale de l'intestin. Dans la dernière portion de l'intestin grèle, on distingue plusieurs plaques de Peyer, un peu plus développées et un peu plus saillantes qu'elles ne le sont dans l'état naturel. Du reste, il n'existe pas d'injection autour d'elles. Vers la fin de l'intestin, on remarque une assez grande quantité de follicules saillans, développés,

semblables à des grains de millet répandus çà et là. Dans toute l'étendue de l'intestin grêle, vers les points qui ne présentent aucune des altérations précédentes, la membrane muqueuse offre un aspect tomenteux et comme velouté. Le gros intestin présente, au niveau du cœcum, une rougeur très-intense de la muqueuse; dans le reste de son étendue, il est parfaitement sain.

Le foie, gorgé de sang, est d'une consistance molle. La vésicule biliaire renferme une bile noire et épaisse.

La rate est petite et contient peu de sang. Le pancréas n'offre rien de particulier.

Les gros vaisseaux de l'abdomen sont généralement gorgés d'un sang noir et poisseux.

Les reins sont parfaitement sains. La vessie est fortement contractée; à peine sa cavité pourrait-elle loger une grosse noix.

Dans cette observation, les lésions du canal intestinal sont très-remarquables. Le développement des follicules est très-marqué: il existe, çà et là, des traces de phlogose. Mais ces altérations sont-elles constantes? Les retrouve-t-on constamment chez les sujets qui succombent pendant la période algide? On peut se convaincre du contraire par l'observation suivante dans laquelle le canal intestinal n'offre rien de semblable, et se fait remarquer par sa pâleur générale.

Obs. II.e — *Choléra algide; réaction nulle; mort. Canal intestinal remarquable par sa pâleur; aucun développement de follicules.* — Marie Claudine Delfuterie, âgée de 66 ans, demeurant rue du Dragon, N.° 8, est apportée à l'hôpital, et placée au N.° 1.er de la salle Sainte Marthe, le 17 mai, à huit heures du soir. Les personnes qui l'amènent nous donnent sur elle les détails suivans: elle se portait bien les jours précédens; la veille de son entrée à l'hôpital elle avait un peu de diarrhée,

mais cependant elle était sortie. Aujourd'hui elle rentre à quatre heures, sans avoir l'air souffrant et sans se plaindre. A six heures, on entre dans sa chambre, et on la trouve couchée. Elle vomissait abondamment, elle avait des crampes et une diarrhée très-forte. Sa voix était affaiblie; son visage altéré était froid, ainsi que les extrémités. On cherche à la réchauffer, mais le mal augmente, et on l'apporte à l'hôpital de la Charité, à huit heures du soir.

La face est froide et violacée; les yeux sont caves et cernés; les lèvres bleuâtres; la voix petite et cholérique. Les mains sont froides, fortement cyanosées. La peau a complètement perdu son ressort. Le pouls radial est très-petit, à peine sensible. Le cœur bat très-faiblement; ce n'est plus qu'une sorte de frémissement. Langue froide; nausées, pas de vomissemens depuis une heure. Selles involontaires et liquides; pas d'urines. (Malaga éthéré; décoction de ratanhia citronnée et édulcorée; un quart de lavement de ratanhia avec laudanum et éther, gouttes xv; vésicatoire ammoniacal sur le sternum; quatre sinapismes; sachets remplis de son et chauffés, pour environner la malade.)

La malade ne sortit point de cet état, et mourut à cinq heures du matin. La veilleuse s'est occupée spécialement de cette femme, qui était la seule en danger dans la salle. Elle nous a dit qu'il lui avait été impossible de la réchauffer, malgré les soins qu'elle n'avait cessé de lui prodiguer toute la nuit.

Autopsie douze heures après la mort. — L'extérieur du cadavre ne présente rien de particulier.

Tête. Les sinus de la dure-mère sont distendus par du sang noir et poisseux. Les veines cérébrales sont fortement injectées. La substance cérébrale est saine, et les ventricules latéraux contiennent une assez grande quantité de sérosité.

5..

Poitrine. Les poumons sont sains des deux côtés. En avant ils sont bien crépitans ; en arrière, ils sont légèrement engoués. Le cœur sain dans toutes ses parties, conservant sa coloration naturelle, est rempli d'un sang noir pris en caillots peu consistans. La veine cave inférieure est gorgée d'un sang qui présente les mêmes propriétés physiques.

Abdomen. L'estomac est d'un petit volume ; sa cavité renferme une assez grande quantité d'un liquide rougeâtre dans lequel nagent des flocons d'un mucus épais. La membrane muqueuse est saine, excepté au niveau du grand cul-de-sac où il existe un peu d'injection ; elle n'est pas ramollie.

Le duodénum, l'intestin grêle, le gros intestin, sont parcourus à l'extérieur par un grand nombre de veines, ce qui leur donne un aspect violacé. A l'intérieur ils sont remarquables par leur pâleur, et l'aspect d'un blanc mat qu'ils présentent dans toute leur étendue. On les lave à plusieurs reprises sans pouvoir trouver aucune trace d'injection ni sur le bord des valvules, ni sous les valvules elles-mêmes quand on vient à les renverser. Les follicules n'ont subi aucun développement. Du reste, les intestins contiennent dans toute leur étendue une grande quantité d'un liquide semblable à de la semouille très-claire qui serait légèrement colorée en rouge.

Le foie est un peu gorgé de sang. La rate offre son volume ordinaire. Les reins ne présentent rien de remarquable. La vessie est petite et très-fortement contractée. Le pancréas est *entièrement sain.*

Outre l'absence de toute lésion intestinale, la rapidité et la gravité des symptômes auxquels la malade a succombé sont très remarquables. On peut juger par là si la maladie a réellement changé de nature, si elle a revêtu effectivement un caractère moins grave que lors de son

début. Certes, dans les premiers jours de l'épidémie, les individus qui en étaient frappés ne succombaient pas avec plus de rapidité et avec des symptômes plus effrayans que cette femme qui est une de nos dernières malades.

Quelquefois chez les malades qui étaient dans la période algide, on parvenait à provoquer de la chaleur, de la sueur même; mais en même temps chez ces individus le pouls restait nul, ou bien excessivement petit; la circulation ne paraissait prendre aucune part à cette réaction incomplète. Aussi ces malheureux succombaient-ils promptement. Le premier malade que nous avons eu à traiter nous en a offert un exemple que nous rapportons.

Obs. III.e — *Choléra algide; effort incomplet de réaction. Retour de la chaleur, malgré l'absence presque complète des battemens du pouls et du cœur. Mort.* — Jean-Baptiste Edouard, commissionnaire, âgé de 62 ans, demeurant rue du Four-Saint-Germain, n.° 8, d'une bonne santé habituellement, enclin aux excès de boisson, se couche bien portant le 30 mars. Le 31, il est réveillé à six heures du matin par des coliques et un besoin pressant d'aller à la garderobe. En moins d'une demi-heure il a huit selles excessivement liquides et *comme de l'eau*, suivant l'expression du malade. Des nausées surviennent, et quoiqu'il ne s'y ajoute pas de vomissemens, le malade s'affaiblit avec une extrême rapidité : ses urines se suppriment, son visage s'altère profondément, et ses camarades effrayés d'un changement aussi prompt l'apportent à l'hôpital de la Charité, à une heure de l'après-midi.

La face est pâle, froide, plombée, bleuâtre surtout aux pommettes; yeux profondément rentrés dans l'orbite et cernés; voix petite, comme soufflée; langue humide et froide; nausées sans vomissemens; quelques déjections alvines en très-peu de temps. Extrémités froides; mains et ongles d'un bleu foncé; peau sans aucun ressort et

conservant le pli quand on la presse entre les doigts. Crampes violentes dans les jambes; pouls radial à peine sensible; battemens du cœur obscurs, appréciables seulement par l'auscultation immédiate, et entièrement insensibles sous la main; respiration assez complète; pas d'urines. (On plonge le malade dans un bain dont la température est graduellement élevée jusqu'à 38 $\frac{\circ}{c}$; infusion de camomille.)

Au sortir du bain, le malade est frictionné avec un liniment ammoniacal camphré sur les bras et sur les jambes; il est ensuite enveloppé dans une couverture de laine chaude.

Bientôt la température du corps s'élève; il survient une sueur assez abondante; la langue paraît moins froide, elle semble devoir reprendre bientôt sa température naturelle; mais le pouls, qui s'était un peu relevé dans le bain, n'acquiert pas plus de force; il reste obscur, ainsi que les battemens du cœur. A cinq heures du soir, la face, qui avait repris un peu de chaleur, se refroidit de nouveau; il y a plusieurs selles liquides; la voix, qui semblait avoir repris un peu de timbre, s'affaiblit de nouveau; la sueur devient visqueuse, et à six heures le malade meurt.

Autopsie seize heures après la mort. — On remarque à l'extérieur du cadavre quelques taches bleuâtres sur les membres inférieurs. Une raideur cadavérique très-grande et très-difficile à vaincre dans les pieds et les mains.

Tête. Les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir et épais. Les veines cérébrales sont gorgées de sang; la substance cérébrale est saine; les ventricules cérébraux contiennent une assez grande quantité de sérosité; le cervelet ne présente rien de particulier.

La moelle épinière présente partout sa consistance et sa coloration naturelles.

Le système nerveux ganglionnaire est parfaitement sain. Les ganglions semi-lunaires pâles, sans trace aucune d'injection, conserve leur consistance naturelle.

Col. Le larynx, la trachée-artère ne présentent qu'une teinte violacée de la membrane muqueuse, et une injection assez considérable des veines qui rampent à sa surface. Cette coloration se prolonge dans les bronches.

Poitrine. Les plèvres sont unies aux poumons par d'anciennes adhérences. Des deux côtés les poumons sont légèrement engoués à leur partie postérieure; ils se déchirent facilement. Le cœur présente sa coloration et sa consistance normales; ses cavités renferment une grande quantité d'un sang noir et poisseux qui se retrouve avec les mêmes caractères dans les gros vaisseaux.

Abdomen. L'estomac, d'une petite dimension, renferme une assez grande quantité d'un liquide légèrement trouble qui paraît en grande partie formé par les boissons qui ont été administrées. Sa membrane muqueuse est pâle, excepté vers le grand cul-de-sac où il existe quelques points d'ecchymose.

Le duodénum, l'intestin grêle, d'un aspect violacé à l'extérieur, sont dilatés par un liquide abondant, semblable, pour sa couleur et sa consistance, à une semouille très-claire. La muqueuse est, dans toute son étendue, d'une couleur rouge très-foncée, uniforme. En renversant les valvules conniventes, on voit cette rougeur se prolonger entre elles et devenir un peu plus foncée. Le tissu cellulaire sous-muqueux est emphysémateux dans une grande partie de l'étendue du canal intestinal. Les plaques de Peyer contrastent, par leur blancheur, avec cette teinte vineuse de l'intestin. Les follicules isolés ne présentent rien de particulier.

Le gros intestin renferme une grande quantité de la matière déjà mentionnée; mais elle est plus liquide que

dans l'intestin grêle. La membrane muqueuse est pâle, et parcourue çà et là par des arborisations veineuses.

Le foie est gorgé de sang; la rate est petite.

Les reins ne présentent rien de notable; la vessie est fortement contractée. Ses parois sont épaisses; sa cavité logerait à peine une noix ordinaire.

§. III. Après la réaction, nous avons vu apparaître un assez grand nombre de symptômes cérébraux, mais tous n'offraient pas la même forme. Nous allons en donner plusieurs exemples.

Obs. IV.ᵉ — *Choléra algide. — Toniques et excitans. — Réaction. — Symptômes cérébraux. — Mort.* — Le 3 avril on apporte au N.° 14 de la salle Sainte-Madeleine une femme nommée Marie Jameaux; elle était cardeuse de matelas et âgée de 42 ans. Depuis longtemps elle se nourrissait mal; depuis huit jours elle éprouvait une douleur dans le côté droit de la poitrine. Le dimancho, 1.er avril, elle ressent des coliques à sept heures du soir, immédiatement après avoir soupé. Pendant la nuit elle a plusieurs selles liquides. Le lendemain 2 avril, la diarrhée augmente et s'accompagne de vomissemens, de crampes douloureuses. Elle reste dans cet état pendant la nuit, pendant toute la journée du 3 avril; et ce n'est qu'à sept heures du soir qu'elle est amenée à l'hôpital. A cette époque elle présente :

Face froide, profondément altérée, fortement cyanosée; yeux caves, cernés; paupières comme appesanties par le besoin de dormir; aphonie presque complète; langue froide; mains violacées; ongles bleuâtres; peau sans nul ressort, conservant longtemps le pli; pouls n'offrant plus qu'une sorte de frémissement sous le doigt; pas de selles depuis deux heures. Depuis une heure pas de vomissemens; quelques crampes; suppression complète des urines depuis deux jours; soif vive, tourmentant beaucoup

la malade. (Sinapismes aux extrémités supérieures et inférieures ; compresses imbibées d'ammoniaque sur le sternum ; sachets chauds ; Malaga éthéré ; ratanhia citronné et édulcoré ; un quart de lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xviij).

Le 4 avril, la chaleur est revenue aux extrémités et à la face ; pouls petit, mais se sentant très-bien ; yeux moins profondément excavés ; crampes nulles ; pas de vomissemens ; plusieurs selles ; pas d'urines. (Quelques cuillerées de Malaga ; ratanhia citronné et édulcoré ; deux quarts de lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xviij).

Le 5, la réaction se soutient ; pouls fréquent ; face colorée ; langue humide et de température naturelle ; soif vive ; pas de nausées ; deux vomissemens pendant la nuit précédente ; pas de selles ; pas d'urines. (Limonade citrique ; un quart de lavement avec ratanhia et laudanum, gouttes xv).

Le 6, abattement ; voix moins bonne que la veille ; face colorée, chaude ; tendance à l'assoupissement ; pouls radial assez plein, mais plus lent qu'à l'état normal. Céphalalgie.

Le soir la langue est sèche ; stupeur ; assoupissement presque continuel ; yeux fixes, injectés ; regard languissant ; pas de vomissemens ; sensibilité vers l'épigastre ; abdomen indolent ; pas de selles ; pas d'urines ; poitrine sonore ; respiration entière et complète des deux côtés. (Large vésicatoire à la nuque ; limonade gommée).

Le 7, décubitus sur le dos ; prostration très-grande ; face pâle ; somnolence, paupières continuellement fermées, collées par un mucus épais ; langue sèche ; épigastre encore sensible ; pas de vomissemens ; pas de selles ; quelques gouttes d'urine. (Compresses d'eau froide sur

le front; limonade gommée; Malaga coupé avec de l'eau).

Le 8 avril, l'état est à peu-près le même, quant aux symptômes typhoïdes; mais la malade tend à se refroidir de nouveau; la face, les extrémités sont au-dessous de leur température ordinaire.

Le 9, le refroidissement est très-marqué et la stupeur encore plus prononcée. (Eau vineuse; vésicatoires aux cuisses).

Le 10, on ne peut plus avoir de réponses de la malade; la pupille est immobile; la cornée comme flétrie; la langue sèche, couverte, ainsi que les dents, d'une croûte fuligineuse épaisse. (Glace en permanence sur la tête).

Le 11, l'état est le même. Le 12, les dents sont fortement serrées; la malade ne peut plus avaler; et le 13, elle meurt à deux heures de l'après midi, sans avoir présenté de changement dans son état.

Autopsie 20 *heures après la mort.* — L'extérieur du cadavre offre une teinte légèrement jaunâtre de la peau, et une raideur cadavérique très-peu prononcée.

Tête. — La dure-mère ne présente rien de remarquable. L'arachnoïde et la pie-mère ne sont pas plus injectées qu'à l'ordinaire. La substance corticale offre une teinte légèrement lilas; la substance blanche a sa coloration naturelle. Les ventricules latéraux contiennent à peine une demi-cuillerée de sérosité.

La moelle épinière est saine.

Poitrine. — Le poumon droit adhère fortement aux parois thoraciques. Son sommet présente une quantité considérable de granulations miliaires. Le poumon gauche, sain dans tout le reste de son étendue, est engoué à sa base et vers son bord postérieur.

Le cœur est sain; il contient surtout dans ses cavités droites, une grande quantité de sang.

Abdomen. — L'estomac, d'une petite dimension, offre une pâleur générale de sa membrane muqueuse. Au niveau de la grande courbure quelques points très-peu étendus offrent du piqueté rouge.

Le duodénum, l'intestin grêle se distinguent par leur pâleur. Le gros intestin offre çà et là des portions d'un pouce ou d'un demi pouce où l'on voit une arborisation veineuse très-marquée. La matière contenue dans le gros intestin est comme gélatiniforme et de plus en plus moulée à mesure que l'on se rapproche du rectum.

Le foie, un peu volumineux, ne contient pas plus de sang qu'à l'ordinaire. La vésicule biliaire, très-volumineuse, contient un liquide verdâtre, dans lequel nagent des flocons d'un vert plus foncé. Il est très-difficile de faire passer la bile dans l'intestin en pressant la vésicule. Le conduit cholédoque ne présente cependant aucun obstacle.

La rate, le pancréas sont à leur état naturel.

Les reins ne présentent aucune altération de leur tissu; le bassinet renferme seulement une petite quantité d'un liquide jaunâtre. La vessie est distendue par une grande quantité d'urine.

Obs. V.^e — *Choléra peu intense; opiacés; symptômes cérébraux.* — *Mort.* — Sertoret, vitrier ambulant, âgé de 22 ans, éprouve le 4 avril et les jours suivans du malaise, de la fatigue, une soif vive et de la diarrhée. Pendant la nuit du 6 au 7, il a quatre selles presque entièrement séreuses. Le 7, à dix heures, il est pris de vomissemens; plusieurs évacuations ont encore lieu. Le malade perd ses forces et il se fait transporter à l'hôpital de la Charité. On le place au N.° 30 de la salle Saint-Michel.

Le 7, à son entrée, le faciès est bon; les yeux sont un peu cernés; la peau du visage un peu pâle, conserve sa température naturelle. Les extrémités ne sont pas froides.

La peau conserve son ressort; le pli s'efface, quand on la pince entre les doigts. La voix est légèrement enrouée. Le pouls radial est lent; il se sent très-bien; la langue est à sa température ordinaire; la soif est vive; il y a des nausées; la sécrétion des urines est suspendue. (Gomme avec sirop diacode ℥ ß par pot; quart de lavement d'amidon avec laudanum, gouttes xviij.)

Le 8 avril. Plusieurs vomissemens la veille; cinq ou six selles pendant la nuit; chaleur partout; parole traînante; faiblesse générale; yeux injectés, un peu de céphalalgie; pouls lent mais très-distinct; la secrétion urinaire ne s'est pas encore rétablie. (Gomme, sirop diacode ℥ ß; quart de lavement avec laudanum, gouttes xviij.)

Le 9, quinze selles liquides depuis la veille; facies altéré conservant sa température naturelle; yeux caves et cernés; conjonctive fortement injectée; regard languissant; intelligence obtuse; somnolence presque continuelle et dont on arrache difficilement le malade; vomissemens nuls; quelques gouttes d'urine. (Bains de pieds sinapisés; compresses froides sur le front, limonade gommée.)

Le 10, l'état est à peu-près le même; il semble un peu amélioré. (Compresses froides; limonade gommée; bains de pieds sinapisés.)

Le 11, les yeux sont fortement injectés, surtout à la partie inférieure du globe oculaire; pupilles dilatées; lenteur, sorte de stupeur dans le regard; lenteur dans les mouvemens; malaise général; plaintes; douleurs dans la région dorsale, qui forcent le malade à se courber en deux et l'empêchent de se redresser; langue visqueuse, un peu au-dessous de la température ordinaire; poitrine parfaitement saine; évacuations alvines et vomissemens nuls. Le malade a uriné. (On élève fortement la tête du malade; vésicatoire à la nuque; glace sur la tête; sinapismes sur les membres inférieurs; limonade gommée.)

Le 12, la stupeur est à son comble; les yeux sont fermés, les pupilles sont dilatées; quand on soulève les paupières, elles retombent; réponses nulles. La tête est fortement portée en arrière; les mâchoires sont fortement serrées; les dents et la langue sont fuligineuses; deux selles en diarrhée; pas de vomissemens. (Glace sur la tête; six sangsues derrière chaque apophyse mastoïde; sinapismes; limonade gommée.)

Le 13, la stupeur est aussi complète; les symptômes typhoïdes sont aussi prononcés, mais la constriction des mâchoires est moins forte. Le malade peut boire. Le pouls est fréquent. (Glace; dix sangsues derrière chaque apophyse mastoïde; eau vineuse.)

A quatre heures, à la visite du soir, le malade est agonisant; il meurt deux heures après.

Autopsie 16 heures après la mort. — Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang ainsi que les vaisseaux sanguins des membranes du cerveau. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité.

La substance corticale présente une teinte rosée assez marquée. En examinant une tranche mince de la masse cérébrale, on voit les circonvolutions de la substance grise se dessiner sur la substance blanche d'une manière bien plus tranchée que dans les cas ordinaires. La substance blanche est très-légèrement sablée. Les ventricules cérébraux contiennent quelques gouttes de sérosité.

La moelle est très-ferme; elle présente sa coloration habituelle. Les veines rachidiennes sont gorgées de sang.

Poitrine. — Les deux poumons, bien crépitans des deux côtés, ont une couleur rosée. Le cœur est ferme et gorgé de sang à son intérieur.

Abdomen. — L'estomac, d'un volume ordinaire, contient quelques cuillerées d'un liquide formé en grande partie par les boissons. Des mucosités très-tenaces adhè-

rent à la membrane muqueuse qui est partout d'une pâleur remarquable.

La même pâleur règne dans le duodénum et l'intestin grêle. Vers la fin de l'iléon, dans l'étendue d'un demi-pied, les follicules ont acquis le volume de grains de millet. Les plaques de Peyer sont blanches. Le gros intestin légèrement injecté en rouge au niveau du cœcum contient une matière muqueuse épaisse, comme gélatiniforme.

Le foie, sain d'ailleurs, contient une grande quantité de sang. La vésicule renferme en grande abondance une bile épaisse et d'un vert foncé.

La rate est saine.

Les reins n'offrent rien de particulier, et la vessie contient une assez grande quantité d'urine.

Les symptômes cérébraux ne s'offraient pas toujours sous cette forme de stupeur et de délire tranquille. Chez plusieurs de nos malades le délire était violent; il y avait une grande agitation, et dans un cas on a été obligé d'employer la camisolle de force pour contenir le malade dans son lit.

Chez une femme qui offrait des symptômes cérébraux avec somnolence, on remarquait une sensibilité excessive dans tout le corps; on ne pouvait pas la toucher sans lui faire pousser des cris.

Dans l'observation suivante, l'application de la glace fut suivie d'une amélioration très-marquée et qui donna beaucoup d'espoir dans un moment; mais il survint un amaigrissement progressif, et des accidens remarquables par leur analogie avec ceux de la dothinentérite emportèrent rapidement le malade.

Obs. VIe — Choléra algide; toniques et excitans; réaction; symptômes cérébraux; application de la glace suivie d'un soulagement très-prompt. Nouveaux accidens; parotide; escarrhes. — Mort. — Basile Piedagnel était

entré, au commencement du mois de mars, dans les salles de chirurgie, pour s'y faire traiter d'un érysipèle à la jambe. Depuis quatre jours il était sorti de l'hôpital de la Charité, lorsque le 6 avril au matin il est pris de diarrhée. Pendant la journée, les selles, d'abord éloignées, deviennent de plus en plus fréquentes; de jaunâtres et épaisses elles deviennent blanchâtres et séreuses. Le soir, il survient des vomissemens, et la nuit des crampes très-douloureuses. Le malade est apporté, le 7 avril, à dix heures du matin.

Le 7 avril, face terreuse, violacée; yeux caves et cernés; mains bleuâtres ainsi que les ongles, mais conservant encore un peu de chaleur; langue un peu au-dessous de la température ordinaire; épigastro douloureux; nausées; un vomissement et une selle depuis une heure; voix faible; respiration s'exécutant bien, et d'une manière complète des deux côtés, quoique le malade accuse une douleur très-vive dans le côté droit de la poitrine. Depuis hier, suppression complète des urines. (Ratanhia citronné et édulcoré; Malaga non éthéré ℥ iv; quart de lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xv; sinapismes; sachets de son pénétrés de calorique.)

Le 8 avril, facies moins altéré; yeux moins caves et moins cernés que la veille, extrémités encore un peu au-dessous de la chaleur normale; langue à la température naturelle; voix encore très-faible; pouls sensible; deux vomissemens, deux selles pendant la nuit; pas d'urines. (Ratanhia citronné et édulcoré; Malaga sans éther; nouvelle application d'ammoniaque; quart de lavement.)

Le 9 avril, yeux caves, injectés; réponses lentes; somnolence; réaction forte; chaleur vive; pouls encore petit; deux vomissemens; plusieurs selles depuis la veille; sécrétion urinaire nulle. (Compresses d'eau froide sur le front; bain de pieds; lavement de ratanhia; limonade gommée.)

Le 10 avril, moins d'injection du globe oculaire; moins de somnolence que la veille; céphalalgie; chaleur vive à la peau; pouls fréquent, plus développé que la veille; langue visqueuse, un peu rouge à sa pointe; deux vomissemens; pas de selles; quelques gouttes d'urines. (Compresses froides sur le front; limonade gommée.)

Le 11, augmentation des accidens; injection des conjonctives surtout à la partie inférieure du globe oculaire; plus de somnolence; stupeur; réponses très-lentes. Le malade est ployé en deux; il a beaucoup de peine à se redresser; langue fuligineuse ainsi que les dents; plusieurs vomissemens; quelques selles en diarrhée; un peu d'urines; pouls moins fort que la veille. (On élève fortement la tête du malade; glace pendant cinq heures; pédiluve sinapisé; limonade gommée.)

L'application de la glace, réitérée le lendemain, amène dans l'état du malade une amélioration très-sensible. Cependant les yeux restent encore injectés; les paupières sont collées par un mucus épais; il y a de l'amaigrissement; quelques vomissemens. Le 15, l'état du malade est beaucoup meilleur; il semble entrer en convalescence. Cependant la langue se sèche; il se forme un engorgement inflammatoire vers la région parotidienne; bientôt la fluctuation est assez évidente pour que l'on puisse l'ouvrir et donner issue à une assez grande quantité de pus épais et phlegmoneux. L'amaigrissement, déjà très-considérable, fait de nouveaux progrès; des escarrhes se forment au sacrum et au niveau des trochanters; le malade s'affaiblit de plus en plus, et enfin il succombe le 18 avril, dans cet état d'émaciation et d'épuisement qui suit si souvent la dothinentérite.

Autopsie 15 heures après la mort. — *Tête.* — Infiltration sous-arachnoïdienne très-marquée. Sérosité abondante dans les ventricules latéraux. Substances cérébrales

avec leur coloration naturelle. Injection prononcée des sinus et de la plupart des veines cérébrales.

Moelle épinière saine ; seulement les veines qui rampent à sa surface sont aussi fortement injectées.

Thorax. — Des deux côtés, les poumons sont bien crépitans. Le cœur est pâle et contient peu de sang dans ses cavités.

Abdomen. — L'estomac est petit, remarquable par le volume des plis que forme la muqueuse et par la pâleur de cette membrane.

L'intestin grêle, très-légèrement injecté dans l'étendue d'un pouce vers sa partie moyenne, n'offre ni développement ni rougeur des plaques de Peyer. Les follicules isolés ne sont pas plus apparents que dans l'état ordinaire. L'intestin grêle, dans toute son étendue, ainsi que le gros intestin, ne contient que des mucosités.

Tous les autres organes de l'abdomen sont parfaitement sains.

§. IV. — Quelquefois les symptômes cérébraux s'accompagnent d'autres accidens qui viennent encore ajouter à leur gravité. Dans ce cas, l'état cérébral fixant toute l'attention du praticien, ces nouveaux accidens à marche rapide et latente peuvent échapper. Aussi faut-il porter une attention continuelle et de tous les momens sur toutes les cavités à la fois.

Obs. VII.ᵉ — *Choléra avec imminence de la période algide. Réaction. Accidens cérébraux et pneumonie latente. Mort.* — Jean Slapatinski, domestique, âgé de 30 ans, demeurant rue des Mauvais-Garçons, n.° 18, entre le 8 avril à l'hôpital de la Charité, et est placé au n.° 17 de la salle Saint-Michel. Depuis deux jours il avait de la diarrhée, il avait vomi, il avait des crampes, et c'est ce qui le fit entrer à l'hôpital.

Le 8, à son entrée, les yeux étaient légèrement enfon-

cés dans l'orbite et cernés de noir. La face était un peu bleuâtre; la langue était un peu au-dessous de sa température ordinaire, ainsi que la peau de la face et des mains. Le pouls radial, petit, se sentait encore distinctement; la voix était faible, mal timbrée. Des crampes dans les jambes et les bras tourmentaient le malade. Il y avait des vomissemens, des selles fréquentes, et absence complète d'urines depuis quelques heures seulement. (Malaga sans éther par cuillerées, d'heure en heure; ratanhia citronné et édulcoré; un quart de lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xviij; sinapismes aux mollets; accumulation de chaleur autour du malade, à l'aide de sachets de son.)

Le 9, faciès meilleur; yeux moins cernés que la veille, conservant une expression de souffrance; chaleur naturelle sur toute la périphérie du corps; voix plus forte et mieux timbrée que la veille; plusieurs vomissemens; langue humide, encore un peu au-dessous de sa température naturelle; abdomen indolent; trois selles en diarrhée; absence complète de crampes; pouls petit, mais sensible comme la veille; urines peu abondantes. (Deux cuillerées seulement de Malaga; ratanhia citronné et édulcoré; un quart de lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xviij.)

10. La face est chaude, les yeux sont naturels; la peau conserve toujours sa chaleur. Voix naturelle, pouls plus fort et plus fréquent que la veille; langue humide. Un vomissement depuis la veille; pas de selles; urines assez abondantes. (Eau sucrée; limonade citrique édulcorée; diète.)

11. Moins de vivacité dans le regard; tendance au sommeil; yeux injectés; face un peu rouge. Un vomissement depuis la veille. Langue légèrement visqueuse, un peu rouge à la pointe; pas de selles; urines; pouls un peu fréquent. (Bains de pieds sinapisés; compresses d'eau froide sur le front, limonade gommée.)

Pendant la nuit, l'état s'aggrave presque subitement; délire très-violent; le malade vocifère, s'agite et veut se lever. On est obligé de le retenir dans son lit à l'aide de la camisole de force.

12. Face rouge, pommettes colorées, yeux fortement injectés, surtout vers la partie inférieure du globe de l'œil. Paupières collées par un mucus épais; globe oculaire dans la rotation en haut et en dehors; agitation, paroles sans suite; pouls petit et fréquent; pas de vomissemens, mais plusieurs selles en diarrhée; langue visqueuse; dents légèrement fuligineuses. (Limonade gommée, glace en permanence sur la tête.)

Le soir, à quatre heures, yeux immobiles et dans la rotation en haut; cornées flétries; stupeur complète; constriction des mâchoires; respiration très-embarrassée; râle des mourans.

L'agonie se prolonge jusqu'au commencement de la nuit, et le malade meurt à dix heures.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — L'extérieur du cadavre ne présente rien de remarquable.

Tête. Une grande quantité de sang s'écoule à la section des tégumens du crâne. Les méninges sont peu injectées; les deux substances du cerveau présentent leur apparence ordinaire; elles n'offrent aucune trace d'injection. Les ventricules ne contiennent pas plus de sérosité que dans les cas ordinaires; la moelle épinière est saine dans toute son étendue.

Thorax. Les cavités des plèvres renferment une très-petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent; le lobe inférieur du poumon gauche est frappé d'hépatisation rouge; le lobe supérieur est sain et entièrement perméable à l'air. Le lobe inférieur, le lobe moyen et une partie du lobe supérieur du poumon droit, présentent la même altération que le lobe inférieur du poumon gauche. Son tissu

compacte, faiblement déchirable, laisse écouler, quand on l'incise, une grande quantité d'un liquide d'un rouge sale, un peu semblable à de la lie-de-vin : plongé dans l'eau il se précipite au fond du vase. Le sommet du poumon droit est la seule partie qui ait échappé à l'altération.

Les bronches un peu injectées contiennent une assez grande quantité de mucus.

Le cœur est très-volumineux; de nombreuses ecchymoses sillonnent sa surface externe à sa pointe et vers sa base, près de l'origine des gros vaisseaux. Ses cavités renferment beaucoup de sang en caillots peu consistans. Les veines caves en contiennent aussi une grande quantité.

Abdomen. —L'estomac, pâle dans la plus grande étendue de sa surface intérieure, présente çà et là quelques points injectés et piquetés de rouge.

Le canal intestinal, dans toute sa longueur, est sain. Il contient dans sa cavité une matière comme gélatiniforme dans certains points; dans d'autres une matière plus liquide et légèrement brunâtre.

Les autres organes de l'abdomen ne présentent rien de particulier.

§. V. Dans les observations suivantes, on trouvera des cas de pneumonies consécutives terminées par la mort, malgré un traitement antiphlogistique assez énergique.

Obs. VII.e — *Choléra avec imminence de la période algide. Toniques. Convalescence. Pneumonie à marche très-rapide. Saignée. Mort.* — Joseph Peny, âgé de 40 ans, vitrier ambulant, demeurant rue des Boucheries-Saint-Germain, tourmenté depuis trois jours par des coliques et une diarrhée assez abondante, est pris, pendant la nuit du 6 avril, de vomissemens. Aussitôt la diarrhée augmente, il y a huit selles en diarrhée séreuse. Des crampes surviennent dans les jambes, et le 7 avril le malade est apporté à l'hôpital, à trois heures de l'après-midi.

7, Face un peu au-dessous de la température naturelle, légèrement violacée; yeux cernés de noir, mais peu enfoncés dans l'orbite; voix encore forte, mais voilée; extrémités froides, bleuâtres; crampes très-peu douloureuses; langue donnant la sensation d'un corps seulement tiède. Depuis deux heures un seul vomissement et une seule évacuation alvine; soif très-vive; pouls radial petit, mais très-sensible; urines en très-petite quantité. La peau n'a pas perdu son ressort, le pli s'efface, mais plus lentement que sur l'homme sain. (Sinapismes aux mollets; sachets chauffés autour du corps; vin de Malaga éthéré d'heure en heure; décoction de ratanhia citronnée et édulcorée; un quart de lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xv.)

8 avril, facies meilleur; chaleur naturelle à la face et aux extrémités; langue à sa température normale. Trois vomissemens; trois selles liquides depuis la veille. Pouls plus large et plus fréquent; un peu d'urines. (Quelques cuillerées de Malaga sans éther; ratanhia citronné et édulcoré; un quart de lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xv.)

Le 9 avril, la réaction est bien franche. Trois selles en diarrhée pendant la nuit; pas de vomissemens; plus d'urines que la veille. Le malade demande des alimens; la langue est humide et blanche. (Limonade gommée; ratanhia citronné et édulcoré; quelques cuillerées de bouillon.)

Le 10, pendant la nuit, il n'y a eu qu'une selle, pas de vomissemens, quelques nausées. La réaction continue, elle est modérée. (Limonade gommée; bouillon.)

L'état du malade est très-satisfaisant jusqu'au 14; on lui donne des potages et des soupes.

Pendant la nuit du 14 au 15, malaise, anxiété, un peu de délire tranquille.

Le 15, sans avoir été avertis de ce que le malade a éprouvé pendant la nuit, nous sommes frappés de l'expression singulière de son facies. Il demande sa sortie et réitère cette demande avec un entêtement remarquable : il prétend devoir mourir à l'hôpital s'il y reste plus longtemps. Son pouls est fort, très-fréquent. La langue et la pression sur l'épigastre et l'abdomen n'indiquent rien vers cette cavité ; mais la percussion fait reconnaître de la matité dans le côté gauche de la poitrine, en arrière seulement. Là aussi existe du souffle bronchique vers la partie moyenne et le sommet du poumon correspondant. La respiration est pleine et entière du côté opposé. Du reste, pas d'expectoration. (Saignée de deux palettes, gomme édulcorée.)

Après la saignée le malade n'éprouve aucun soulagement ; il tombe rapidement dans un état de collapsus dont rien ne peut le relever, et à deux heures il expire.

Autopsie vingt heures après la mort. —Rien de remarquable à l'extérieur du cadavre.

Les membranes du cerveau ne présentent rien de notable, ainsi que les deux substances qui offrent leur coloration et leur consistance habituelles. Il y a très-peu de sérosité dans les ventricules.

Poitrine. Le poumon droit, dans la plus grande partie de son étendue, est bien crépitant ; sa base seule est assez fortement engouée. Le poumon gauche dans toute sa partie postérieure est frappé d'hépatisation rouge. Son tissu entièrement imperméable à l'air, d'un rouge foncé, se laisse facilement déchirer par le doigt, et laisse suinter une grande quantité d'un liquide d'un rouge sale, et semblable à un mélange de pus et de sang. Ce tissu, plus pesant que l'eau, se précipite au fond du liquide. La cavité des plèvres ne contient pas de sérosité ; à droite, il existe sur la plèvre et au niveau de deux espaces intercostaux des ecchymoses assez étendues.

Abdomen. Le canal intestinal, dans toute son étendue, ne présente aucune trace de la maladie première. Des matières muqueuses sont contenues dans le gros intestin.

Tous les organes de l'abdomen sont aussi parfaitement sains.

Obs. IX.e — *Choléra léger. Convalescence. Pneumonie. Saignées répétées ; mort.* — François B.***, étudiant en médecine, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 8 avril, et est couché au n.° 29 de la salle Saint-Michel. Depuis six semaines, il était tourmenté par une toux opiniâtre, qui s'accompagnait de sueurs nocturnes ; il gardait le repos et faisait usage de boissons pectorales. Le jeudi 5 avril, le malade est pris de diarrhée qui persiste encore les jours suivans. Le samedi 7, il s'y joint des nausées ; les selles deviennent plus fréquentes ; la voix perd de son timbre ; il survient de la faiblesse ; et les urines deviennent plus rares ; alors le malade est amené le lendemain à l'hôpital.

Le 8 avril, face pâle et tiède ; yeux légèrement excavés ; voix fortement enrouée ; pas de vomissemens, mais quelques nausées ; langue humide à sa température naturelle. Les extrémités sont un peu froides, le pouls est un peu fréquent. Selles liquides et séreuses ; pas de crampes. Les urines sont très-rares. (Gomme avec sirop diacode, ℥ß dans chaque pot ; lavement d'amidon avec laudanum, gouttes xviij.)

Le soir il y a de l'oppression, le pouls est plus fréquent et plus développé que le matin ; les pommettes sont fortement colorées. (Saignée du bras de deux palettes.)

Le 9, yeux caves, face pâle ; vomissemens à-peu-près toutes les heures ; selles liquides ; pouls un peu moins fréquent ; langue humide ; chaleur naturelle ; urines toujours rares. (Gomme avec sirop diacode ; un quart de lavement d'amidon avec laudanum, gouttes xv.)

Le 10, pommettes colorées; yeux injectés; somnolence; faiblesse; langue légèrement visqueuse. Pas de vomissemens depuis la veille; pas de selles depuis la même époque; un peu de toux. La percussion et l'auscultation ne donnent aucun signe particulier. Urines un peu plus abondantes. (Compresses d'eau fraîche sur le front; gomme édulcorée.)

A quatre heures du soir il y a eu plusieurs vomissemens et plusieurs selles en diarrhée.

Le 11, céphalalgie; amaigrissement de la face; rougeur des pommettes; yeux caves et un peu injectés; diarrhée beaucoup moindre que la veille au soir; pas de vomissemens pendant la nuit. Une toux assez fréquente a fatigué le malade pendant la nuit; expectoration muqueuse. La percussion au-dessous des clavicules semble fournir un son un peu moins clair que dans les autres points de la région antérieure de la poitrine. L'auscultation ne démontre rien de particulier. (Compresses froides sur le front; pédiluve sinapisé; gomme édulcorée; potion gommeuse; un quart de lavement d'amidon.)

Les jours suivans, les symptômes cérébraux disparaissent; mais les symptômes de la bronchite dominent. Il y a de la toux, des sueurs nocturnes assez abondantes, une fièvre continue avec paroxysmes chaque soir. Le malade maigrit beaucoup; la matière de l'expectoration est toujours insignifiante. Tout porte à soupçonner une affection tuberculeuse des poumons.

Le 10, les accidens ont augmenté; la toux est plus fréquente. Dans la nuit il est survenu de l'oppression, une douleur au-dessous du sein droit. La percussion donne un son mat dans les deux tiers inférieurs du poumon droit; du râle crépitant se fait entendre dans la même étendue; l'expectoration est la même. Il y a encore un peu de diarrhée. La chaleur de la peau est très-

vive; le pouls est fort et fréquent. (On pratique une saignée de deux palettes.)

L'état du malade ne s'améliore pas. Les phénomènes locaux sont les mêmes, ainsi que les symptômes généraux; aussi deux autres saignées sont-elles pratiquées jusqu'au 22 avril.

Le 23, le facies est altéré, pâle; la voix est faible. La matité du poumon droit s'est étendue au sommet, et elle est de plus en plus prononcée. Du souffle bronchique existe vers la partie moyenne, et du râle crépitant existe dans la partie supérieure du poumon. Le pouls est petit, et ne permet plus d'avoir recours à de grandes évacuations sanguines. Il y a un peu de diarrhée. (Deux ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine; lavement de lin; gomme édulcorée; potion gommeuse avec tartre stibié, gr. iij.)

Le soir, le pouls semble s'être un peu relevé; le malade n'a pas vomi; il a eu quelques selles en diarrhée; l'état du poumon est le même. On pratique une nouvelle saignée d'une palette et demie, et qui n'est pas suivie de syncope malgré la faiblesse du malade.

Pendant la nuit les accidens augmentent, et le malade succombe vers trois heures du matin.

Autopsie 15 heures après la mort. — Le cerveau se fait remarquer par la pâleur des membranes et la teinte anémique des substances grise et blanche. Les ventricules sont tous vides.

Le poumon droit adhère à la plèvre costale à l'aide de fausses membranes molles et de nouvelle formation. Sa surface externe est couverte, dans la plus grande partie de son étendue, d'une exsudation pseudo-membraneuse; l'extérieur du poumon est rougeâtre, parcouru par des lignes d'un blanc gris, qui semblent décrire des figures polygoniques sur la base de l'organe; plus haut ces lignes

circonscrivent des polygones plus étendus ; elles présentent elles-mêmes plus d'épaisseur, plus de largeur que vers la base du poumon. Le parenchyme pulmonaire est dense, hépatisé en rouge dans certains points, frappé dans d'autres d'hépatisation grise. Chacune de ces portions est circonscrite par des lignes nombreuses qui se coupent dans tous les sens, se réunissent angulairement et se continuent avec les lignes observées à l'extérieur du poumon. Ces différentes lignes, quelquefois régulières, le plus souvent renflées de temps à autre, suivent le trajet des vaisseaux et des bronches, et semblent formées par une hypertrophie du tissu cellulaire qui les entoure. Sur une tranche de parenchyme pulmonaire on voit la lumière des vaisseaux béante et entourée par une sorte d'auréole formée par ce tissu hypertrophié et infiltré d'une matière grisâtre, dont la texture se rapproche celle des fausses membranes plus que de toute autre chose.

Au sommet du poumon existaient quelques granulations miliaires, quelques tubercules ramollis, et enfin une caverne capable de loger une petite noix, dont la cavité est revêtue par une fausse membrane.

Le poumon gauche, sain d'ailleurs, offrait dans son sommet quelques granulations tuberculeuses, mais aucune trace de cavernes.

Le cœur présentait dans les cavités droites une assez grande quantité de sang en caillots de peu de consistance. Dans l'oreillette gauche se trouvait un caillot fibrineux entièrement décoloré.

L'estomac était pâle, excepté au niveau du grand cul-de-sac où il y avait un peu d'injection, mais dans l'étendue d'un pouce seulement.

L'intestin grêle, le gros intestin étaient remarquables par leur blancheur et leur anémie. Les glandes mésentériques avaient un peu augmenté de volume, mais elles n'étaient pas tuberculeuses.

Le foie, la rate, les organes de la sécrétion urinaire étaient parfaitement sains.

— M. le docteur Stevens de Londres, d'après une lettre adressée à M. Clément-Desorme, par M. Ure, et publiée dans la Gazette Médicale, recommande comme une des médications les plus efficaces contre le choléra l'emploi des substances salines. Par ce moyen, M. Stévens cherche à rendre au sang des malades les sels qui lui manquent et qui le rendent fluide.

Ce médecin fut, appelé à la grande prison de Londres où il se trouvait vingt malades dans un état désespéré. Les potions et les lavemens salés en sauvèrent 17. Bientôt 80 nouveaux malades se présentèrent et furent tous sauvés par le même moyen.

M. Stevens administre au malade, chaque heure ou chaque demi-heure, une dissolution de 40 grains de sel commun, 20 grains de bicarbonate de soude et 6 ou 10 grains d'hydrochlorate de potasse dans 5 ou 6 onces d'eau; si l'abattement du malade est extrême, on lui administre un lavement contenant deux onces de sel commun, lequel est habituellement retenu.

Certes, une méthode qui, sur 100 malades affectés de choléra grave, en sauverait 99, devrait être adoptée avec empressement, car dans l'épidémie de Paris aucune médication n'a été suivie d'autant de succès, et n'a même approché, quant à ses résultats, de la méthode de M. Stevens. Nous l'avons employée sur une de nos malades; mais la marche de la maladie n'en fut ni moins rapide ni moins fatale.

Obs. X.e — *Choléra algide. Emploi des substances salines. Aucune amélioration. Mort.* — Geneviève Jabac, âgée de 47 ans, ouvrière en schalls, affectée d'un choléra très-léger vers les premiers temps de l'épidémie, mais bien portante depuis cette époque, est prise de diarrhée pendant la nuit du 28 au 29 mai. Des vomissemens sur-

viennent presque aussitôt, et la malade est apportée à six heures du matin.

La face est cholérique, encore un peu chaude, très-légèrement violacée. La voix est petite; la langue est un peu au-dessous de sa température normale. Les mains sont bleuâtres, un peu au-dessous de la température naturelle; la peau ne revient pas quand on la plisse. L'artère radiale ne bat plus, mais l'artère crurale présente des pulsations encore appréciables; soif vive. Il y a eu environ dix vomissemens depuis l'invasion de la maladie. Le ventre est indolent : selles aqueuses, caractéristiques. La respiration est pénible; le cœur bat faiblement. Il y a des crampes assez douloureuses dans les jambes.

On met en usage le traitement de M. le docteur Stevens. Malgré ce moyen, la malade meurt à une heure de l'après-midi, douze heures environ après l'invasion du mal. A cette époque, elle avait pris un lavement avec deux onces de sel commun, et toutes les demi-heures le mélange et la dose de sels indiqués par le praticien anglais.

A l'autopsie, les méninges sont fortement injectées. Elles présentent une teinte rouge, uniforme, qui paraît être à-la-fois un phénomène de congestion et d'imbibition. Cette teinte existe sur toute l'étendue du cerveau, dont la substance grise est fortement violacée, tandis que la substance blanche est pointillée de rouge. Les poumons sont bien crépitans en avant, et légèrement engoués en arrière. Le cœur, les gros vaisseaux contiennent du sang en caillots, peu consistans. L'estomac est pâle et légèrement ramolli au niveau du grand cul-de-sac. L'intestin grêle, très-pâle dans toute son étendue, est gorgé d'une quantité énorme de matière blanchâtre. Vers la fin de l'iléon il y a quelques follicules très-développés et très-apparens. Le gros intestin est fortement injecté dans sa partie moyenne et dans l'étendue d'un demi-pied. Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

§. VI. Parmi les malades qui étaient dans nos salles lors de l'apparition du choléra, plusieurs ont été atteints de cette dernière affection pendant le cours de la maladie qui les avait conduits à l'hôpital. Examinons quelle a été l'influence du choléra dans ces différens cas.

Dans le fait suivant, une fièvre intermittente tierce qui existait depuis une dixaine de jours, a été subitement arrêtée par l'invasion du choléra.

Obs. XI.e — *Choléra survenu chez un individu affecté de fièvre intermittente tierce. — Guérison du choléra et de la fièvre intermittente.* — Handeling, fourreur, âgé de 22 ans, était depuis plusieurs jours dans la salle St.-Michel pour une fièvre intermittente tierce bien caractérisée. Il avait déjà pris une fois du sulfate de quinine, lorsque le 8 avril il est pris d'une diarrhée très-abondante. En très-peu de temps, il va dix fois à la garderobe.

A huit heures du matin, la face est déjà altérée; les yeux sont un peu cernés; la voix est un peu affaiblie. Du reste, il existe de la chaleur partout; vomissemens et selles caractéristiques; crampes très-douloureuses; pouls encore sensible. Le malade a uriné ce matin à six heures. (Gomme, sirop diacode; sinapismes; ratanhia citronné et édulcoré.)

Vomissemens abondans; selles très-fréquentes pendant toute la nuit.

Le 9 avril; facies plus altéré que la veille; langue, face légèrement froides; voix très-affaiblie. Les extrémités sont un peu au-dessous de la température naturelle; pouls très faible. Le malade urine encore un peu; crampes encore fortes. (Malaga non éthéré; ratanhia citronné et édulcoré; sinapismes.)

Le 10 avril, le malade est mieux; vomissemens; diarrhée; face meilleure; voix plus forte que la veille; pouls plus fort et plus fréquent; pas de crampes; une petite

quantité d'urine. Le malade est tourmenté par une soif très-vive. (Eau vineuse; gomme citronnée; lavement de ratanhia avec laudanum, gouttes xv.)

Depuis ce moment, le malade ne présente rien de remarquable. Un instant, il souffre un peu de la tête; il éprouve de la pesanteur, de la céphalalgie, mais ces accidens légers sont dissipés par des bains de pieds et des compresses d'eau froide sur le front. La fièvre intermittente ne reparaît pas, et le malade sort le 16 avril, guéri de sa fièvre tierce et du choléra.

Obs. XIIe — *Choléra survenu, chez un individu affecté de pneumonie, sans influence fâcheuse sur l'inflammation du poumon.* — *Guérison.* — Leroux, âgé de dix-sept ans, était entré à l'hôpital de la Charité, le 29 mars 1832. Il était d'une santé délicate, et depuis quatre jours; il avait un point de côté qui s'accompagnait de fièvre et de toux. A son entrée, il présentait une grande dyspnée, des crachats rouillés et qui adhéraient au fond du vase; une douleur pongitive au-dessous du sein gauche. Tout le côté gauche de la poitrine était mat à la percussion, mais en arrière seulement; il y avait du râle crépitant en haut et en bas; au milieu, du souffle bronchique. Le pouls marquait 120 pulsations. La langue était rouge et collante.

Le 1.er avril, le malade avait été saigné quatre fois, et chaque jour il avait pris deux grains de tartre stibié; on avait appliqué un large vésicatoire sur les parois de la poitrine, et il y avait un peu de soulagement. Les jours suivans, son état s'était encore amélioré; cependant la matité ne disparaissait pas; mais le râle crépitant avait disparu en grande partie et était remplacé par du râle muqueux. Depuis plusieurs jours, on avait suspendu l'usage du tartre stibié, à mesure que la maladie avait perdu de sa gravité, lorsque le 9 avril le malade est pris des

symptômes du choléra. Il est bon de dire que, depuis quelques jours, la salle où se trouvait le jeune malade avait été envahie par les cholériques qui affluaient en grand nombre à l'hôpital, et que son état n'avait pas permis qu'il fût transporté dans une autre partie de la maison.

Le 9, il survient des nausées, des vomissemens, une diarrhée très-abondante; les urines sont plus rares; la matière des selles est excessivement liquide mais jaunâtre; des crampes surviennent dans les jambes et les bras; le facies s'altère. On administre des lavemens d'amidon avec addition de laudanum; on donne aussi des opiacés par la bouche.

Le 11, le malade n'a plus de dévoiement; il conserve quelques nausées. Le 12, il y a une grande amélioration; il n'y a plus qu'un peu de fréquence dans le pouls. Le 13, le malade est presque sans fièvre.

Pendant ce nouvel accident, la maladie primitive n'en marche pas moins vers la guérison, car le 14 le râle muqueux est très-rare dans le côté gauche de la poitrine et la sonoréité est presque complètement revenue. La convalescence marche depuis ce moment d'une manière assez rapide, et le malade quitte l'hôpital le 24 avril.

Dans ce fait, la pneumonie n'a pas été aggravée par l'irruption subite du choléra; elle n'a pas même été retardée dans son décroissement. Mais supposons que le choléra, au lieu de s'arrêter dans la première période, soit parvenu à la seconde ou même à l'imminence de la période algide; supposons qu'une réaction un peu forte se soit ensuite établie, il est probable que la maladie primitive aurait subi une recrudescence promptement funeste.

Dans le fait suivant, le choléra a exercé sur la maladie qu'il est venu compliquer, une influence directe; il semble en avoir précipité la terminaison fatale.

Obs. XIIIe — *Choléra survenu chez une phthysique.*

Marche très-rapide imprimée à la phthisie pulmonaire. Mort. — Adélaïde Laurent, repasseuse, âgée de 31 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 26 janvier 1832. Elle présentait tous les signes d'une phthisie pulmonaire peu avancée. Il y avait une toux sèche, des sueurs nocturnes, une légère matité au-dessous de la clavicule gauche; mais il n'y avait pas de pectoriloquie. Ce ne fut que vers le commencement de mars que ce dernier signe se manifesta au-dessous de la clavicule gauche et dans une très-petite étendue. L'état de la malade ne fut pas mauvais pendant le mois de mars; seulement elle avait des nuits assez pénibles, des paroxismes chaque soir, des sueurs nocturnes et un peu de fièvre. Elle était encore dans nos salles quand l'épidémie éclata. Jusqu'au 6 avril la malade échappa à son influence, mais le 7 elle est prise de vomissemens, d'une diarrhée excessive; le facies s'altère profondément; les yeux deviennent caves. La face, les extrémités prennent une teinte légèrement bleuâtre; leur température ne s'abaisse pas sensiblement; les urines sont rares; le pouls s'affaiblit. (Ratanhia citronné; sinapismes; lavement de ratanhia ou de laudanum, et éther, gouttes XV; sinapismes; accumulation de chaleur autour de la malade.)

Le 8, vomissemens très-nombreux; selles presque continuelles; voix très-affaiblie; langue un peu au-dessous de la température ordinaire; pouls petit; yeux caves et cernés de noir. (Ratanhia citronné; quelques cuillerées de Malaga; sinapismes; lavement de ratanhia; accumulation de calorique autour de la malade.)

Le 10, facies très-profondément altéré; yeux caves; refroidissement de la face et des extrémités; langue tiède; voix très-faible; pouls radial encore sensible; selles sanguinolentes; moins de vomissemens; suppression complète des urines; quelques crampes. (Même prescription que la veille.)

Le 11, le facies encore cholérique est moins mauvais que la veille; vomissemens; selles; pas de crampes. Chaleur naturelle de la face et des extrémités; pouls un peu relevé. La malade a un peu uriné. La toux devient plus fréquente; expectoration purulente épaisse. (Gomme édulcorée; lavement d'amidon avec laudanum, goutt. xv.)

Le 12 et le 13, il y a un peu de délire le soir; le pouls est fréquent, la réaction un peu forte; mais cet accident n'a pas de suite.

A dater de ce moment la malade maigrit considérablement; elle a une expectoration purulente très-abondante; des sueurs nocturnes, de la diarrhée, sans vomissemens; et elle meurt le 24 avril, sans aucun des symptômes du choléra, mais avec tous ceux de la phthisie pulmonaire.

D'après l'état dans lequel la malade se trouvait lors de l'invasion du choléra, il est très-probable que la phthisie aurait marché beaucoup plus lentement; mais la réaction qui est survenue à la suite du choléra semble avoir imprimé une marche aiguë à l'affection du poumon.

A l'autopsie nous trouvâmes une caverne de peu d'étendue au-dessous de la clavicule gauche des tubercules dans les deux poumons, et surtout dans le gauche qui en était comme farci. Parmi ces tubercules, il y en avait un grand nombre de ramollis, quoique leur développement fût encore très-peu considérable. Il y avait quelques ulcérations dans le gros intestin.

Nous avons encore vu le choléra survenir chez d'autres phthisiques, mais ils ont succombé avec la plus grande rapidité aux symptômes de la maladie intercurrente. Dès-lors il devient évident, et les faits viendront alors le confirmer, que la phthisie pulmonaire n'est pas, comme on l'a dit, pour ceux qui en sont atteints, un préservatif contre le choléra épidémique; triste privilège, en effet, qui mettrait ces malheureux à l'abri d'une fin rapide,

cent fois moins cruelle que la mort lente qui les attend.

Des individus affectés d'entérite chronique, un malade affecté d'ulcères à la jambe et sortant des salles de chirurgie, ont aussi succombé dans nos salles aux symptômes du choléra.

Enfin plusieurs femmes enceintes sont mortes de la même affection dans les salles de l'hôpital. Une d'elles, enceinte de huit mois, a succombé dans notre service : l'avortement a eu lieu pendant la réaction, cette femme n'avait cependant pas été prise d'une manière très grave, et la maladie n'était pas parvenue à la période algide. Elle a succombé à des accidens cérébraux, le 6.e jour de son accouchement.

Note sur l'épidémie de suette miliaire *qui règne dans le département de l'Oise; par* P. Menière, *D. M. P.*

Le 9 mai, M. le ministre du commerce et des travaux publics fut prévenu par les autorités du département de l'Oise, qu'un grand nombre de communes de ce département étaient en proie à une épidémie autre que le choléra-morbus. On demandait en même temps des médecins et des étudians pour prescrire et administrer les soins jugés convenables. L'avis et les demandes furent transmis le même jour à M. le doyen de la Faculté de Médecine. On l'invitait à envoyer aussitôt sur les lieux des médecins chargés d'examiner la maladie, d'en déterminer la nature, et d'établir les bases du traitement à suivre. Ils devaient en outre constater les besoins du service médical de chaque localité, et indiquer les points vers lesquels on aurait plus particulièrement à diriger les secours. Désigné par M. Orfila, avec les docteurs Pinel-Granchamp et Hourmann, pour remplir cette mission, nous partîmes

le 10 pour Beauvais. C'est le résultat de cette exploration médicale que je consigne ici.

Arrivés à Beauvais le 11 au matin, nous reçûmes de MM. les médecins et de l'autorité administrative de cette ville, des renseignemens sur la nature de la maladie et sur les points du département où elle sévissait. C'était la suette miliaire, ou suette Picarde, déjà observée à différentes reprises dans ces localités, et notamment en 1821. Nous apprîmes que la nouvelle épidémie avait commencé à se manifester vers la fin d'avril, mais qu'elle n'avait frappé les populations en masse que dans les premiers jours de mai. Le peu de gravité de l'épidémie ancienne, et la préoccupation de tous les esprits à l'occasion du choléra, expliquaient le silence que l'on avait d'abord gardé sur une maladie considérée comme endémique dans le pays, et avec laquelle chacun est à-peu-près familiarisé.

Dès le lendemain nous partîmes pour Noailles. Ce village, bien situé, bâti à la moderne, peuplé de gens généralement aisés, comptait déjà, le 12 mai, 84 malades. Aucun d'eux n'avait succombé. Depuis quelques jours l'abaissement de la température avait paru modifier de la manière la plus heureuse les accidens morbides, et l'on ne voyait plus d'invasions nouvelles. Mais si la suette avait tant de tendance à disparaître, le choléra commençait à se montrer, et plusieurs convalescens de la première maladie étaient en proie aux symptômes de la seconde. Nous aurons fréquemment l'occasion de signaler des faits analogues. Indiquons d'abord les principaux phénomènes observés chez les gens affectés seulement de suette miliaire.

A Noailles, comme à Cauvigny et à Cyr-lès-Mello, la maladie apparut tout-à-coup à la suite d'un orage pendant lequel la température s'était considérablement élevée. Cette particularité, notée avec soin par M. Ville-

main, médecin de l'endroit, l'avait été déjà par M. Colson, tant dans l'épidémie actuelle que dans celle de 1821. Sous l'influence de cette cause, il n'est pas rare de voir la moitié des habitans d'un village frappés de la suette dans l'espace d'une nuit.

En général les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. Parmi ceux-ci, les enfans et les vieillards ont également peu de disposition à contracter la maladie, les adultes robustes et bien portans sont pris les premiers et sans aucuns prodrômes.

C'est ordinairement pendant la nuit que surviennent les premiers accidens. Un homme vigoureux qui a travaillé tout le jour, soupe le soir et se couche aussitôt, suivant la coutume des gens de campagne. Au milieu de la nuit, il se réveille avec céphalalgie, sueur et dyspnée. Ces trois symptômes sont à-peu-près constans ; il n'y a de variations que pour l'intensité et les prédispositions individuelles. La sueur est générale, très-abondante; la peau est rouge et très-chaude; elle est le siège d'une sensation de picotement fort incommode; le pouls est large, lent, mou; la langue un peu pâle, couverte de mucus visqueux; aucune douleur locale.

La dyspnée paraît dépendre d'une congestion sanguine qui se fait à-la-fois vers le cœur et les poumons. L'obstacle à la respiration existe dans l'organe lui-même et non pas dans les agens extérieurs servant à l'accomplissement de ce phénomène. Il y a aussi pléthore au cœur, les battemens des ventricules sont diffus et larges, peu sonores et ralentis. C'est surtout à la région précordiale que le malade sent un poids qui l'étouffe. Souvent cette sensation occupe l'épigastre; les pulsations du tronc cœliaque sont fortes et soulèvent la paroi abdominale en occasionnant une douleur assez semblable à celle dont se plaignent les individus affectés de ces gastralgies si rebelles.

La céphalalgie, qui occupe en général la région sus-orbitaire ou le vertex, s'étend souvent à toute la tête; elle est gravative, accablante; elle persiste sans redoublemens, et ne paraît pas tenir à l'afflux du sang vers le cerveau. La sueur n'est pas plus abondante au front et à la face que partout ailleurs.

Quant à cette sueur, elle est vraiment énorme. Nous avons vu beaucoup d'individus qui avaient changé de chemise vingt fois, trente fois dans une nuit, et chez lesquels ce flux continuait avec une égale intensité depuis deux ou trois jours. Son odeur, que l'on a comparée à celle de la *paille pourrie*, a plus d'analogie avec l'eau légèrement chlorurée ou avec la matière des évacuations cholériques. L'odeur de paille pourrie ne nous a frappé que chez les malades couchés sur de mauvais lits, dont une vieille paillasse formait la principale pièce, et l'on conçoit facilement d'où elle provenait. Cette sueur, raréfiée par la chaleur des couvertures, se condensait aussitôt qu'on les soulevait, et formait un nuage épais qui se résolvait bientôt en une sorte de pluie.

Dans les cas ordinaires, c'est-à-dire, exempts de complications, le ventre conserve sa souplesse normale; il est indolent, les selles sont rares et solides; les urines, peu abondantes, n'offrent pas de changemens appréciables dans leurs qualités physiques.

Chez un certain nombre de malades, et nous en avons vu quelques-uns, la suette continue pendant quatre, cinq et six jours, et même davantage, mais rarement, et elle cesse peu-à-peu sans qu'il se développe aucun phénomène morbide critique ou autre. C'est la suette *exquise*, ordinairement sans danger, à cet état de simplicité, et qui ne laisse après elle qu'un sentiment de faiblesse ou d'exténuation en rapport avec l'abondance des pertes de l'économie.

Mais, dans la grande majorité des cas, il survient du 2.e au 4.e jour une éruption vésiculeuse occupant d'abord le devant de la poitrine, le col, les poignets, le dos, et successivement toute l'habitude du corps. Elle a lieu quelquefois en masse. Dans d'autres cas elle est bornée à un point isolé, puis il se fait une nouvelle éruption plus tard sur d'autres parties : je l'ai vue reparaître sur un endroit déjà couvert de vésicules, et plusieurs malades ont ainsi présenté deux et même trois éruptions. Quant au volume des vésicules il est très-variable; les unes ressemblent à de simples papules qui, plus tard, présentent une gouttelette séreuse; les autres, et c'est le plus grand nombre, ont la forme et la dimension d'un grain de mil; il en est qui acquièrent le volume d'un petit pois, mais cela est rare. Nous ne parlons pas ici de celles qui sont de vraies phlyctènes formées par la réunion de plusieurs vésicules confluentes; celles-ci peuvent devenir fort grosses, et ressemblent alors à certaines bulles de pemphygus. Le liquide des vésicules miliaires est d'abord limpide, plus tard il devient louche, trouble, puis blanchâtre, comme laiteux; il est résorbé en partie ou il s'épanche sur la peau par suite de la rupture de l'enveloppe épidermique. Le tout finit par de petites écailles furfurescentes qui disparaissent promptement sans laisser de traces sur la surface cutanée.

La durée de l'éruption varie beaucoup, ainsi que nous l'avons déjà dit. Dans les cas simples, la desquammation a lieu au bout de cinq à six jours, et la convalescence succède immédiatement. Il en résulte que la suette miliaire bénigne ne dure pas au-delà de deux septénaires, et que souvent elle est terminée du 8.e au 10.e jour.

L'apparition des vésicules fait cesser la céphalalgie et la sueur, ou du moins ce dernier symptôme ne consiste plus qu'en une moiteur légère semblable à celle qui se ren-

contre dans presque toutes les affections éruptives. Quant à la dyspnée, elle persiste ; et souvent elle prend un caractère de gravité qui devient alors l'indice d'une complication très-grave. La congestion pulmonaire donne lieu à des hémorrhagies dans le tissu même de l'organe, d'où apoplexie pulmonaire et mort presque instantanée, ou bien le sang est exhalé à la surface muqueuse, d'où hémoptysie et autres accidens consécutifs.

Une autre complication non moins fâcheuse, c'est la congestion sanguine cérébrale. Nous avons vu, à Noailles particulièrement, plusieurs malades paraissant en pleine convalescence, et chez lesquels le cerveau était le siège d'une excitation telle qu'ils ne pouvaient goûter un instant de repos. Aucun d'eux n'avait, à proprement parler, de délire, bien qu'ils éprouvassent en général le besoin de se lever ; un seul, jeune postillon très-robuste, parlait avec vivacité, et s'emportait même contre les personnes qui le retenaient au lit.

La convalescence est ordinairement rapide. Quelquefois la faiblesse persiste, de même que le sentiment de gêne à la région épigastrique, mais cela est rare. Nous avons vu à Noailles un homme de moyen âge, vivant dans l'aisance, et entouré de soins bien dirigés, forcé de garder le lit après vingt-cinq jours de maladie. La suette miliaire s'était développée chez lui long-temps avant la grande invasion de l'épidémie ; plusieurs éruptions avaient eu lieu successivement, et les forces étaient encore presque nulles. L'insomnie, la douleur précordiale ne cédaient à aucun des moyens que la saine pratique conseille en pareil cas. Quelques malades pris, il est vrai, un peu plus tard, offraient des accidens tout-à-fait analogues.

Tels sont les symptômes habituels de la suette miliaire. Nous n'insistons pas sur des détails généralement connus. Les

départemens de l'Oise et de la Somme ont été plusieurs fois le siège d'épidémies semblables dont il existe de bonnes descriptions. Sous ce rapport l'ouvrage de M. Rayer est un bon guide à consulter, et nous avons pu nous convaincre, en parcourant les lieux, de la fidélité de ses récits. Nous n'avions à noter que les différences, et c'est ce que nous allons faire.

La cause générale d'une épidémie, bien que restant identiquement la même, subit cependant des altérations en vertu desquelles les effets produits s'affaiblissent. Cette cause est aussi soumise à des influences étrangères qui dénaturent les résultats de son action ou qui suffisent pour les modifier d'une manière fort remarquable. On voit en effet le typhus des armées, la fièvre jaune et autres maladies, revêtir des formes spéciales dans des circonstances particulières; et différer beaucoup des types habituels. La suette miliaire de 1832 a revêtu un caractère nouveau, et qui résulte évidemment de la présence de l'épidémie de choléra-morbus qui ravage les mêmes communes, les mêmes villages. Il y a mieux; plusieurs personnes qui ont eu la suette en 1821, et qui en ont été promptement débarrassées, en ont été atteintes cette année, et y ont succombé en très-peu de temps.

Ici se présente à noter le phénomène caractéristique de l'épidémie actuelle. C'est la diarrhée, ce sont les vomissemens, ce sont en général des symptômes gastro-intestinaux qui appartiennent évidemment au choléra-morbus et remplacent les congestions cérébrales ou thoraciques que tous les auteurs ont signalées.

Lorsque nous arrivâmes à Noailles, un seul cas de choléra venait de se manifester; c'était sur une pauvre femme affaiblie par la fatigue et les privations. Mais en même temps plusieurs convalescens de la suette miliaire éprouvaient des diarrhées très-abondantes, d'aspect éminem-

ment cholérique, exténuantes, fétides, et bientôt accompagnées d'aphonie, de refroidissemens, et autres symptômes également graves.

Il est à remarquer que les accidens de ce genre se sont développés chez des individus qui n'avaient pas encore d'éruption miliaire à la peau, et que dans ce cas la mort a été très prompte. C'est ce que M. le docteur Colson a constaté sur plusieurs personnes mortes à Cauvigny, à Château-Rouge et aux environs. C'est ce que nous avons vu au hameau de Boncourt près de Noailles, à Olly-Saint-Georges et à Bury. Il y avait évidemment invasion cholérique à divers temps d'une maladie qui en diffère sous tous les rapports. Une diaphorèse excessive, remplacée presque tout-à-coup par un flux intestinal immodéré, des fonctions antagonistes se succédant hors de l'intervention des agens thérapeutiques capables de produire ce résultat, c'est assurément un phénomène morbide du plus haut intérêt, d'autant plus qu'il contrariait les tendances habituelles de la maladie. L'oppression, la céphalalgie ne se montraient plus que rarement, mais les battemens du tronc cœliaque s'exagéraient beaucoup et ajoutaient au sentiment de douleur profonde qu'éprouvent les cholériques.

Ces premières observations faites à Noailles, nous allâmes à Cauvigny. Cette commune, dont la situation paraît réunir toutes les conditions de salubrité désirables, contient 1,025 habitans, la plupart cultivateurs et dans une honnête aisance. Au 13 mai, il y avait eu 190 malades et 21 décès. D'après les renseignemens fournis par M. le docteur Colson, la plupart de ces décès ont été causés par le choléra, ou du moins par quelques-uns des symptômes de l'affection cholérique, joints aux accidens de la suette grave. Cependant huit ou neuf malades n'ont eu ni diarrhée ni vomissemens, ne se sont pas refroidis

et n'ont pas offert de cyanose. Ils ont succombé à des congestions pulmonaires, et cela souvent dans le court espace de quelques heures. Nous avons à regretter qu'aucune nécropsie n'ait été faite. Les préjugés qui s'y opposent règnent aussi fortement à vingt lieues de Paris que dans les départemens les plus éloignés du centre. Déjà en 1821, la commission médicale ne put rien obtenir malgré l'intervention de toutes les autorités administratives locales.

Ainsi que nous l'avons dit, le symptôme prédominant à Noailles, c'était la congestion cérébrale; à Cauvigny c'était au contraire la congestion pulmonaire qui se faisait remarquer, et cependant ces deux villages, distans l'un de l'autre d'une lieue environ, sont également bien situés et ne présentent dans leur topographie aucune condition qui puisse expliquer cette différence.

En 1821, la suette sévit fortement à Cauvigny, et il y eut 23 décès. La mort arrivait beaucoup moins promptement que cette année, les malades succombaient en général par suite du développement d'une phlegmasie gastro-intestinale. Aujourd'hui ils meurent au début de la maladie ou bien à l'époque de l'éruption miliaire. Ils éprouvent une anxiété excessive, se replient sur eux-mêmes, et offrent dans la longueur du rachis un sentiment de tension douloureuse, de raideur convulsive assez semblable à ce que l'on observe chez les tétaniques. Quelques-uns vomissent ou plutôt crachent beaucoup de sang écumeux. Quant à ceux qui résistent à ces divers accidens, et ils sont peu nombreux, la convalescence est très-longue et les fonctions digestives ne se rétablissent qu'avec beaucoup de peine.

Le hameau du Château-Rouge, à quelques cents pas de Cauvigny, nous fournit plusieurs cas de suette exquise, c'est-à dire, sans éruption. Là aussi nous vîmes que les

hommes les plus vigoureux semblaient plus facilement atteints que les personnes plus faibles. Nous vîmes aussi quelques familles dont tous les membres avaient été pris successivement, nouvel exemple de cette infection locale si mal à propos regardée comme preuve d'une contagion directe dont les plus hardis fauteurs commencent eux-mêmes à douter.

La commune d'Ully Saint-Georges compte 1,300 habitans. Le village de ce nom, situé dans un lieu bas et humide, a eu 160 malades et 9 morts. Ici encore, les symptômes cholériques avaient promptement succédé à ceux de la suette; il y avait bien encore, comme à Cauvigny, une congestion habituelle vers les poumons, mais les accidens gastriques prédominaient et la mort était prompte.

A Mouy, petite ville de 2,000 âmes, située sur le Thérin, petite rivière qui traverse en diagonale une grande partie du département et va se jetter dans l'Oise un peu au-dessous de Creil, une élévation rapide de la température occasionna dans un seul jour l'apparition de près de 200 suettes miliaires. Le thermomètre était monté à 23 degrés, et cette chaleur subite accompagnée d'orage produisit ici le même effet qu'à Noailles et à Cyr-lès-Mello. Quatre personnes moururent en quelques heures, malgré tout ce que purent faire MM. Mabille et Baudot, médecins de Mouy, qui tous deux avaient eu l'occasion d'observer l'épidémie de 1821. Chez plusieurs malades, convalescens de la suette, nous avons rencontré des symptômes d'affection typhoïde, de la stupeur, de l'amaigrissement, des taches rosées sur le ventre, le pouls fréquent et mou, la langue rouge, rapeuse au milieu et à la base, l'intestin météorisé, l'haleine fétide, et autres signes d'une lésion grave de l'appareil gastro-intestinal. Chez un de ces individus, tous les accidens avaient disparu lors de l'apparition d'une énorme parotide. C'est le seul cas de ce genre

que nous ayons vu, et aucun des médecins de ces contrées ne nous a dit en avoir trouvé d'autre exemple dans l'épidémie actuelle.

Sur 1,400 habitans que contient la commune de Bury, à une demi-lieue de Mouy, il y a eu presque tout-à-coup 120 malades, sur lesquels 5 sont morts en un seul jour. Il faut dire, à la vérité, qu'un seul sur ces cinq décès est dû à la suette, les autres doivent être rapportés au choléra qui a envahi plusieurs maisons avec une force effrayante. Des familles de bergers, entourées d'étables à moutons et de vastes amas de fumier, dont toutes les eaux ménagères hâtent la décomposition; mal nourries, mal vêtues et plongées dans une malpropreté dégoûtante, ont été atteintes par ces deux fléaux à la fois et ont en grande partie succombé. Chez ces malheureuses victimes de l'ignorance et de l'incurie la plus profonde, l'éruption miliaire prenait un développement excessif, l'épiderme épais et crasseux retenait le fluide exhalé sous lui et formait des sortes de bulles qui prenaient bientôt l'aspect purulent. C'est dans de semblables localités que nous avons surtout retrouvé l'odeur de paille pourrie attribuée à la suette.

Nous quittâmes Mouy pour gagner Clermont et Creil. Tout le pays que nous parcourûmes pour arriver à ce dernier point est élevé, bien sec et cultivé avec soin. La suette s'y est montrée comme en 1821, dans les mêmes villages, aux mêmes maisons et souvent sur les mêmes individus. Cependant, elle n'a pas eu de suites aussi fâcheuses que dans les lieux indiqués précédemment, et le nombre des décès a été très-petit.

Quant à Creil, que traverse l'Oise et qui compte 1,500 habitans employés pour la plupart dans de vastes établissemens manufacturiers, la suette s'y est à peine montrée et n'a consisté qu'en quelques symptômes sans importance. On n'a observé que des rougeurs à la peau accompagnées

de sueurs abondantes et de palpitations fort incommodes à la région épigastrique. Tout cela disparaissait en deux ou trois jours ou bien faisait place au choléra-morbus. Cette dernière affection a compté de nombreuses victimes, malgré les soins des médecins activement secondés par une administration locale pleine de lumière et de philanthropie.

A une petite lieue de Creil, sur une hauteur qui borne de ce côté le parc immense de Chantilly, nous trouvâmes 200 malades dans le village d'Aspremont qui se compose à peine de 600 habitans. Il y avait déjà 22 décès, et plusieurs des individus que nous examinâmes, étaient évidemment destinés à succomber bientôt. Ce lieu dont l'exposition est magnifique n'a dans son voisinage aucune cause d'insalubrité appréciable. Là, comme dans tous les endroits précédens, le choléra succédait à la suette et paraissait d'autant plus grave qu'il sévissait contre des gens déjà sous l'influence d'une cause morbide; cette funeste complication rendait très-prompte la catastrophe, et d'autant plus que les secours avaient d'abord manqué. Qu'on se figure, en effet, le tiers de la population gissant au lit, des hommes robustes, des mères de famille enlevés tout-à-coup, des maisons entières accablées sous le poids du mal, et l'on aura une idée de la consternation qui régnait dans ce malheureux village. On doit de grands éloges au docteur Juillet, de Creil, dont les soins actifs rassurèrent les habitans d'Aspremont, et qui plus tard fut habilement secondé par un élève des hôpitaux de Paris placé à demeure dans ce village.

Ici se termine le récit de notre expédition contre la suette miliaire, car plus loin, à Senlis par exemple, nous ne trouvâmes plus que le choléra qui avait fait dans cette ville des ravages, toute proportion gardée, plus considérables qu'à Paris même. Revenons maintenant sur quelques particularités de l'histoire de la suette.

Cette maladie s'est développée tout-à-coup dans toutes les communes comprises entre Pouilly, Beauvais, Clermont, Pont St.-Maxence, la rivière d'Oise et Chambly jusqu'à Méry. Les lieux principalement attaqués sont Mouy, Gauvigny, Bresles, Ercuit, Bornel, Belléglise, Neuilly en Thelſe, Sainte-Geneviève, etc. Quatre vingt communes environ ont présenté, dans l'espace de deux ou trois jours, un effectif de plus de 5,000 malades. On a vu avec quelle rapidité la maladie avait changé de face ou du moins comment elle avait cédé la place à une influence épidémique plus puissante. C'est au milieu de ces circonstances que nous arrivâmes. Nos observations cessaient dès lors d'avoir un but aussi bien arrêté; nous dûmes par conséquent ne nous occuper que de la partie de notre mission que nous pourrions encore accomplir.

A quelle cause attribuer l'apparition et le retour de la suette militaire dans l'ancienne Picardie? Depuis l'épidémie de ce genre observée à Abbeville en 1718, jusqu'à celle de 1821, étudiée par MM. Pariset, Bally, François, Mazet et Rayer, il s'en est présenté beaucoup d'autres sur presque tous les points de ce pays. Beaucoup d'auteurs ont recherché leur origine et l'ont trouvée tour-à-tour dans les évacuations marécageuses et dans la mauvaise nourriture.

La première de ces causes ne peut être admise. A l'exception du village d'Olly Saint-Georges, tous les autres sont placés loin de tout marais et les ruisseaux qui parcourent les prés bas sont encaissés de façon à n'occasionner aucun débordement. Et puis ce n'est pas aux habitans des maisons humides et basses que s'adresse de préférence la suette, c'est aux gens bien logés, bien vêtus, vivant dans l'aisance et très-capables de neutraliser l'action de quelques effluves marécageuses. La preuve, c'est que la plupart des maires de communes étaient convalescens de

la suette à l'époque où nous les visitâmes, et ils avaient été les premiers atteints. Une autre preuve encore, c'est que les femmes ont été malades en bien plus grand nombre que les hommes, et qu'elles sont cependant beaucoup moins habituellement exposées que ces derniers aux influences de la cause indiquée. Nous sommes donc forcés de ne pas admettre aussi explicitement que le fait M. Rayer, l'importance de la viciation de l'air par les émanations des prairies tourbeuses et des matières putrides.

Quant à la mauvaise nourriture que prennent les habitans, nous ne croyons pas que cette cause puisse être considérée autrement que comme une prédisposition générale. On ne peut en faire une spécialité non plus que de la précédente, ni établir un rapport quelconque entre elle et la suette. Mille autres localités en offrent de semblables et à un bien plus haut degré sans amener un résultat identique. Avouons notre ignorance.

Nous n'en dirons pas autant de la cause occasionnelle, et les observateurs sont unanimes sur ce point. L'élévation de la température, une surcharge électrique de l'atmosphère, ont précédé l'apparition de la maladie. Ce rapport bien établi, bien constaté, resterait à indiquer la connexion qui existe entre les divers phénomènes de physique générale et de pathologie humaine. Nous nous récusons encore ici et laissons à d'autres le mérite de cette découverte si souvent tentée et qui se dérobe encore aux efforts des savans.

Le mode de propagation de la maladie s'explique encore jusqu'à un certain point par des circonstances physiques très-bien indiquées dans l'ouvrage de M. Rayer. Ainsi la direction des vents, l'inclinaison de certaines vallées favorisent manifestement le développement de la maladie, quoique, même en cela, il se rencontre encore bon nombre d'exceptions toutes prêtes à infirmer cette

règle. Il en est de la suette miliaire comme du choléra-morbus. Certaines localités sont épargnées lors même qu'elles se trouvent précisément dans le trajet de la ligne que parcourent ces fléaux; il existe des lacunes, des interruptions dans cette chaîne, et les conditions de ces bisarreries nous échappent. Et d'ailleurs, s'il faut le redire, ces accidens dans le mode de propagation de la maladie ne sont que d'une importance très-secondaire, ils n'éclairent en aucune manière les points principaux de ces grands phénomènes, et les praticiens ne peuvent en tirer aucun profit. On ne s'occupe plus de la contagion, dans le sens absolu de ce mot, et le bon sens populaire des habitans de l'Oise a fait justice de cette vieille erreur. Si tant de malades ont manqué de secours dans les villages que nous avons parcourus, il ne faut pas l'attribuer à la frayeur causée par la maladie, mais bien au petit nombre d'individus valides restant dans chaque maison. Et puis, qui l'ignore, le malheur rend égoïste, et ces paysans frappés chacun dans sa famille oubliaient les maux des voisins pour ne songer qu'aux leurs. De là des scènes désolantes dont nous avons été témoins, des familles entières couchées pèle-mêle sans garde, sans un ami pour leur verser à boire et adoucir leurs souffrances. Les secours de l'art ne manquaient pas, mais ce médecin attendu par vingt malades ne pouvait rester que peu de temps dans chaque maison, et ses prescriptions n'étaient pas exécutées faute de mains intelligentes pour administrer les remèdes.

En examinant avec attention l'ensemble des phénomènes qui caractérisent la suette miliaire, nous fûmes conduits à des rapprochemens dont la justesse ne frappera peut-être pas ceux qui liront ce récit, mais qui paraissaient tout naturels à ceux qui, comme nous, voyaient à-la-fois la suette et le choléra. Ces deux maladies se suc-

cédaient quelquefois rapidement et de la manière la plus immédiate sur les mêmes individus. La peau, dans un cas, la muqueuse gastro-intestinale dans l'autre, le tégument interne et l'externe enfin étaient le siége du mal, ou du moins le lieu où se manifestait le principal symptôme de la maladie. Une sueur exténuante ou une diarrhée séreuse énorme, accompagnées l'une et l'autre de désordres circulatoires et d'un trouble profond dans les phénomènes de l'innervation, indiquaient toujours une extrême analogie dans la forme pathologique. L'espèce de raptus qui se faisait à la périphérie, dans les cas de suette, se faisait encore dans le même sens chez les cholériques; car la muqueuse intestinale est une membrane de relation avec les corps extérieurs, une surface exhalante sans cesse en activité, et qui d'ailleurs se trouve unie avec la peau par les sympathies les plus étroites. D'un autre côté, la douleur épigastrique et précordiale, la dyspnée, qui accompagnaient la suette miliaire, ne différaient pas beaucoup de l'angoisse des cholériques et des accidens asphyxiques si communs dans certains cas. Sans chercher à pousser plus loin une similitude fondée sur trop de rapports pour être niée, nous dirons que chacun de nos confrères accueillit ces idées comme l'expression d'une chose assez réelle pour ne pas être rejettée légèrement.

Cependant il faut le dire, un trait manque à cette ressemblance et il est bien important. Dès l'instant où le choléra a acquis un certain degré de gravité, le sang a déjà subi une altération profonde. On n'observe rien de semblable dans la suette, lors même que les symptômes sont extrêmement intenses et menacent la vie du patient. Et d'ailleurs la congestion pulmonaire n'a point d'analogue dans le choléra, mais il suffit de ce que nous avons dit pour faire comprendre notre pensée.

De la coexistence de ces deux maladies, on inférerait volontiers une identité de causes déterminantes; mais là encore nous sommes arrêtés par le manque de faits positifs. Il ne suffit pas de reconnaître que le choléra-morbus soit né dans l'Inde au milieu des émanations fétides d'un sol fangeux; car en admettant ce fait, cela ne préjuge en aucune manière toutes les autres questions que présénte l'histoire de cette singulière maladie. Il en est de même pour la suette qui, sur une échelle beaucoup plus petite, suit dans son mode de développement et de propagation une marche à-peu-près semblable. Les causes d'obscurité sont nombreuses, elles sont surtout déplorables parce qu'elles s'opposent à une appréciation exacte des moyens thérapeutiques les plus convenables dans cette occasion.

Depuis Bellot qui écrivait en 1733, jusqu'à Tessier qui le fit quarante ans plus tard, la méthode de traitement employée contre la suette se ressentit des idées médicales dominantes à cette époque. Un levain, un ferment, un venin tendant à se porter au dehors occasionnait tout le mal, il fallait donc favoriser sa sortie, seconder la nature dans ce travail critique, et purger l'économie du principe nuisible que s'y trouvait renfermé. De là des sudorifiques actifs, des potions cordiales, des tisanes chaudes et excitantes, l'imposition de nombreuses couvertures et autres moyens semblables.

Tous les bons observateurs ont constaté les inconvéniens de cette médication; aussi Tessier, Boyer et autres praticiens de cette dernière époque suivirent-ils une marche tout opposée. L'emploi de la saignée générale au début de la maladie eut constamment d'heureux résultats, et aujourd'hui encore c'est, de tous les moyens, le plus efficace pour simplifier le cas, et rendre la guérison infiniment probable. La soustraction rapide d'une

assez grande quantité de sang fait cesser en partie l'oppression et la douleur épigastrique. Le soulagement est prompt et constant. La chaleur diminue, les hémorrhagies nasales, qui sont assez fréquentes, n'ont plus lieu, le picotement si pénible qu'éprouvent les malades aux jambes et aux mains ne se fait plus sentir, enfin il y a sédation manifeste.

Les boissons données pendant la suette sont choisies parmi les plus simples. On les donne à une douce température, pas trop abondantes, bien que les malades éprouvent quelquefois une soif très-vive. Pendant la nuit, on combat l'insomnie si fatigante pour le patient accablé par la chaleur, au moyen de potions légèrement calmantes. On applique de faibles révulsifs aux pieds, on baigne les mains dans de l'eau un peu sinapisée, en un mot, on cherche à favoriser l'éruption miliaire qui, dans le plus grand nombre des cas, amène une très-notable rémission de tous les symptômes.

Quand l'état de la langue indique un état saburral de l'estomac et que la constipation est forte, on donne sans inconvéniens des laxatifs légers, soit par la bouche, soit en lavemens. Les praticiens de la fin du dernier siècle étaient plus hardis que nous dans l'administration de ces remèdes actifs, et cependant ils n'en guérissaient pas moins leurs malades. Il faut y avoir recours sans trop redouter d'ajouter à la diaphorèse; car l'expérience a prouvé, dans ce cas, que l'action du médicament s'exerçait presque en entier sur la muqueuse gastro-intestinale sans réagir sur la surface cutanée.

Si l'on rencontre un de ces cas graves dans lesquels une congestion pulmonaire menace directement la vie du malade, il faut alors ouvrir la veine largement et enlever une grande quantité de sang. Il faut appliquer des révulsifs extérieurs assez énergiques pour s'opposer au

mouvement de concentration qui se fait vers un organe important. Mais il faut aussi surveiller la saignée avec le plus grand soin, car on a vu plus d'un malade succomber immédiatement après une déplétion trop rapide. On a vu que dans la suette, le système nerveux est influencé d'une manière fort remarquable ; on doit donc craindre qu'à la suite d'une soustraction trop forte et surtout trop rapide, il ne survienne un collapsus mortel, comme on l'a observé dans ces derniers temps chez un bon nombre de cholériques saignés trop copieusement dans la période de réaction. Le médecin prudent calculera la quantité de sang qui peut être enlevée sans danger d'après les forces du malade et surtout d'après la nature des symptômes qui prédominent.

Aussitôt que l'éruption a lieu, le traitement ne consiste plus que dans l'observation rigoureuse des règles hygiéniques ; car la plupart des malades sont vraiment alors en convalescence. On devra cependant surveiller avec plus de sollicitude ceux qui n'ont eu qu'une éruption légère et locale ; car il arrive assez souvent alors qu'il s'en fasse une seconde, même une troisième, et toujours ces éruptions sont signalées par le retour des symptômes initiaux. On conçoit qu'il faille, dans ce cas, donner moins d'alimens et retenir plus longtemps le malade au lit ou dans la chambre.

La saignée, excellente au début de la maladie, ne l'est plus dès que l'éruption se manifeste. Plusieurs personnes chez qui on a ouvert la veine à cette époque pour remédier à une dyspnée excessive, ont succombé très-promptement. Les écarts de régime sont surtout dangereux à cette époque. A Bury, une femme jeune et robuste voulut manger et se leva lorsque l'éruption était à peine terminée ; elle fut prise presque tout-à-coup de frisson, de syncopes, et elle expira dans la journée.

La convalescence exige, comme nous l'avons dit, une surveillance extrême. Lorsque les symptômes cérébraux apparaissent, ainsi que cela avait presque toujours lieu à Noailles, il faut avoir recours aux dérivatifs extérieurs, aux laxatifs en lavement, aux sangsues à l'anus ou aux apophyses mastoïdes. Si, au contraire, comme à Cauvigny, le poumon paraît disposé à devenir le siège d'une congestion violente, les saignées générales ou locales, un large vésicatoire appliqué à une cuisse, et des boissons appropriées, sont les moyens à opposer. Dans tous les cas, le praticien doit avoir égard aux circonstances particulières qui se présentent, et après avoir généralisé la maladie pour en saisir l'indication principale, il faut encore qu'il individualise le malade, c'est-à-dire, qu'il soumette le traitement aux modifications exigées par son état particulier, sa constitution, son idiosyncrasie, etc. Ce sage précepte, donné par Hufeland, doit toujours être présent à l'esprit du médecin.

Telles sont les bases du traitement qu'il nous a paru convenable d'indiquer pour la suette miliaire. Nous avons ajouté à ce travail des notes précises sur les besoins du service médical dans les communes que nous avons parcourues. L'empressement de Messieurs les élèves de Paris et de Beauvais a répondre à l'appel des maires, a presque partout assuré ce service, et l'on ne saurait trop les louer de ce zèle si honorable pour eux. Mais nous avons insisté surtout sur la nécessité d'envoyer au sein de ces populations malheureuses, des gardes-malades, des infirmiers, des sœurs de charité, qui pussent administrer les remèdes prescrits par les médecins. Ce sont les secours de ce genre qui manquent, et ce ne sont pas les moins nécessaires, car beaucoup de paysans n'ont aucune idée sur le mode de préparation des choses les plus vulgaires. Ils ne savent pas préparer la tisane la plus simple, faire un sinapisme,

appliquer des sangsues, poser un cataplasme et administrer un lavement. Bien moins encore savent-ils donner ces choses à propos, et saisir une indication nouvelle. Le patient est abandonné sans soins bien dirigés, il souffre sans qu'on le soulage, et meurt trop souvent faute de secours convenables. Nous savons que notre voix a été entendue, et que les autorités locales ont eu à leur disposition des personnes aptes à remplir ces devoirs. Nous nous estimons heureux d'avoir concouru en quelque sorte à une amélioration si désirable.

Académie royale de Médecine. (Mai.)

Séance du 15 *mai*. — Cette séance a été consacrée à la discussion du rapport de la commission nommée pour rédiger une instruction sur le choléra épidémique. Nous donnons plus loin ce rapport, tel qu'il a été adopté par l'Académie.

Séance du 22 *mai*. — L'Académie décide qu'elle reprendra l'ordre habituel de ses travaux. La séance est remplie par la lecture de rapports de la commission des remèdes secrets.

Séance du 27 *mai*. — TRAITEMENT DU CHOLÉRA. — M. Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, fait à l'Académie une communication ayant pour but d'exposer les motifs qui l'ont porté à adopter la médication qu'il a employée dans le traitement de la période algide du choléra, et de montrer les différences qui existent entre cette médication et celles plus ou moins analogues qui ont été mises en usage par d'autres praticiens (1). La maladie, dit ce médecin, ne s'annonçant, d'une part, dans beaucoup de cas, par aucun antécédent appréciable, et d'autre part, ne laissant, après une mort soudaine, aucun désordre matériel suffisant pour motiver l'événement, il s'ensuivait que l'indication qu'elle présentait devait se déduire de l'é-

---

(1) On sait qu'une partie du traitement employé par M. Petit contre le choléra, consiste à appliquer sur la région rachidienne une bande double de flanelle imprégnée d'une mixture composée d'un gros d'ammoniaque liquide et d'une once d'huile essentielle de térébenthine, puis de mettre par dessus cette flanelle une bande également double de linge imbibée d'eau chaude, et de passer sur cet appareil pendant quelques minutes un fer à repasser chauffé assez fortement.

tat de choses qui menaçait prochainement la vie. Or, cet état consistant évidemment dans l'inertie extrême du cœur et du poumon, l'indication prépondérante était de relever le plus promptement possible l'action de ces organes par une excitation suffisante : M. Petit indique comment il a été conduit à choisir la région vertébrale pour y opérer l'excitation qui lui semblait nécessaire. Mais cette excitation ne devait pas être passagère ; elle devait être continuée ou renouvelée tant que l'opération ne s'était pas complètement établie. C'est dans cette vue que M. Petit dirigea sur les tégumens de la région vertébrale des applications à un degré et suivant un mode d'action tel que leur tissu n'en étant ni surexcité ni enflammé, ni moins encore cautérisé, ils conservaient la sensibilité, la faculté absorbante et la perméabilité nécessaire pour transmettre aux parties sous-jacentes les vapeurs dirigées sur leur surface. Ainsi dans la mixture qui forme la matière des applications fumigatoires, M. Petit dit que l'ammoniaque ne domine pas assez pour que la peau puisse en être offensée ; de plus les liquides dont sont pénétrées les étoffes n'y sont qu'en quantité telle qu'il ne puissent en sortir par l'action du fer chaud que sous la forme vaporeuse ; ils cautériseraient la peau s'ils s'étaient exprimés sur sa surface sous la forme d'eau bouillante. D'après cela, M. Petit conclut qu'on ne peut assimiler à cette médication qui laisse la peau intacte dans son tissu, et même dans sa couleur, et qu'on peut répéter autant de fois qu'on le juge nécessaire, les moyens qui tous portent au moins une irritation violente à la peau, lorsqu'ils ne la désorganisent pas, tels que la cautérisation, l'eau bouillante, le marteau brûlant, l'ammoniaque, etc.

Académie royale des Sciences.

Séance du 30 avril. — Anatomie et physiologie des nerfs optiques.—M. Ampère dépose sur le bureau un mémoire de M. Ozanam, de Lyon, intitulé : *Observations anatomiques et physiologiques sur les nerfs optiques*. L'auteur a recherché, avec une attention minutieuse, l'origine et le trajet de ces nerfs, d'abord sur le bœuf et ensuite sur l'homme. Il résulte de ces recherches qu'ils naissent au centre des tubercules *nates*, où l'on voit sortir d'un ventricule très-petit une petite bandelette blanche. Dans le bœuf cette bandelette sort de la partie antérieure des tubercules quadrijumeaux ; elle est composée de fascicules fibreux extrêmement déliés qui viennent se contourner sur le bord antérieur des couches optiques et se réunissent au corps géniculé externe. Delà les deux nerfs se dégagent et s'arrondissent en s'avançant vers les orbites ; ils contractent ensuite

quelques adhérences avec le *tuber cinereum*. Arrivés sur la selle turcique, ils forment une espèce de H, en se rapprochant d'abord l'un de l'autre, de manière à paraître confondus ensemble; puis ils s'éloignent en divergeant pour se porter au globe de l'œil. Ces deux nerfs, qui semblent réunis, sont néanmoins séparés par une portion de membrane très mince qui est une production de la dure-mère; elle forme une espèce de sac plein d'une substance médullaire blanche et coulante comme la crême. On peut se convaincre de cette disposition en plaçant cette portion des nerfs optiques sur une tablette de bois noir et poli, et en l'écartant peu-à-peu avec une lame mousse, après avoir fixé les quatre extrémités des nerfs. Pour obtenir une certitude plus grande encore, M. Ozanam soumit entre deux lames de verre, à un microscope solaire, la deuxième paire de nerfs prise sur un sujet qui venait de succomber à une encéphalite aiguë; il avait coupé les nerfs à trois lignes avant leur entrée sur la selle turcique, et à six lignes au-delà de ce point. Le spectre de cette portion de nerfs apparut dans une proportion de six pieds de long sur trois de large; les deux nerfs paraissaient avoir huit pouces de circonférence, et la membrane ou sac intermédiaire deux pieds de largeur; la totalité de l'image occupait une aire de dix-huit pieds carrés.

Chaque nerf paraissait formé d'une infinité de petits faisceaux ou tuyaux juxta-posés; il était bordé en dehors seulement d'une espèce de frange magnifique de deux pouces de large. La partie postérieure de la membrane de jonction en présentait une semblable. Ces franges n'existaient ni à la partie inférieure ou antérieure de la membrane, ni aux extrémités des troncs nerveux; ce ne pouvait donc être un effet de la section faite par le scalpel, et d'ailleurs toutes les parties divisées par l'instrument étaient lisses et unies.

Il résulte de cette expérience, que les nerfs optiques ne se croisent nullement sur la selle turcique. On pourrait croire toutefois que ces nerfs ont entre eux à leur origine, sinon un entrecroisement de fibres médullaires dans les couches optiques, au moins une communication médiate par la pulpe cérébrale et par les vaisseaux qui les alimentent. Cette communication peut aussi avoir lieu entre les deux nerfs sur la selle turcique, par cette espèce de petit réservoir de fluide médullaire renfermé dans la membrane décrite plus haut; car il est présumable, dit M. Ozanam, que ce réservoir et le fluide qu'il contient ne sont pas sans usages. (MM. Cuvier et Duméril, commissaires.)

Altération des substances alimentaires. — M. Coulier écrit que l'on a remarqué que les substances alimentaires, telles que les bouillons, les viandes, les pâtisseries, etc., se gâtent en ce moment avec

la même rapidité qu'au cœur de l'été, quoique le maximum de la température ne soit que de 16° centigrades.

Instrument pour broyer la tête du fœtus mort dans la matrice. — M. Baudelocque adresse l'instrument qu'il a inventé pour broyer la tête du fœtus mort dans la matrice, et auquel il a fait subir d'importantes modifications. La longueur d'une des branches était autrefois de 23 pouces, et celle de l'autre 21 pouces et demi; maintenant elles sont égales, et n'ont que 20 pouces et demi. Le poids total de l'instrument n'est plus que de cinq livres onze onces au lieu de 8 livres un quart. Renvoyé à la commission des prix Monthyon.

Présence du cuivre dans les substances alimentaires. — M. Chevreul donne lecture d'une note sur ce point intéressant. M. Sarzeau avait annoncé la présence du cuivre dans le sang et dans la viande; la commission, chargée par l'Académie d'examiner le bouillon de la compagnie hollandaise, y avait reconnu l'existence de ce métal, mais en quantité trop petite pour être nuisible; elle l'avait aussi reconnue dans la viande de boucherie. Des recherches faites sur des quantités de viandes égales à celles qui avaient été examinées par la commission et détachées par M. Chevreul lui-même des cadavres de bœufs, de veaux et de moutons, ne lui ont fourni aucune trace de cuivre.

Il a analysé en outre deux grains de froment qu'il a détachés lui-même des épis, et il n'y a pas découvert un atôme de ce métal. Cependant comme cette quantité de grains est moindre que celle sur laquelle M. Sarzeau a opéré, il attendra de nouvelles recherches pour se prononcer définitivement à cet égard.

Séance du 7 mai. — **Choléra-morbus.** — M. Masuyer, professeur à Strasbourg, écrit pour rappeler qu'il a déjà proposé l'emploi de l'acétate d'ammoniaque associé à la morphine contre le choléra. Voici la formule qu'il recommande : ℞ décoction de réglisse, ℥ iv; acétate d'ammoniaque, ℥ ß; acétate de morphine, gr ij; à prendre par cuillerées à des intervalles de 1, 2, 3, 4 ou 5 heures, suivant l'état du malade. Le reste de la lettre de M. Masuyer contient des réflexions sur la manière d'analyser l'air atmosphérique pour reconnaître la présence des matières et en déterminer la nature.

M. Lecanu a été nommé candidat pour la chaire de pharmacie vacante à l'École de Pharmacie.

Séance du 14 mai. — Le président annonce la mort de M. Cuvier. La séance a été levée presqu'aussitôt après la lecture de la correspondance qui n'a présenté rien de remarquable.

Choléra-morbus. — M. Masson adresse une brochure intitulée : *Lettre à M. Fouquier sur le choléra-morbus.* L'auteur pense que dans la première période de cette maladie, il y a affection de la

moelle épinière et des grands sympathiques ; et dans la seconde, inflammation consécutive d'un ou de plusieurs organes.

Séance du 28 mai. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire adresse une lettre dans laquelle il déclare qu'il se met sur les rangs pour la place de secrétaire-perpétuel de l'Académie des Sciences, vacante par la mort de M. Cuvier. Dans cette lettre, le candidat expose ses titres aux suffrages de ses collègues.

Cavernes a ossemens. — M. Marcel de Serres fait lire un mémoire sur de nouvelles cavernes à ossemens découvertes dans les environs de Chiatet, dans le département du Gard, dans lesquelles on a trouvé en grande abondance des ossemens humains, en général peu altérés et mêlés avec des os de cerf, de mouton, de bœuf, qui ne paraissent différer en rien de ceux des espèces actuellement vivantes.

VARIÉTÉS.

Rapport et instruction pratique sur le choléra-morbus, rédigés et publiés d'après la demande du gouvernement, par l'Académie royale de Médecine (1).

L'Académie royale de médecine est appelée une seconde fois à parler du choléra-morbus au public médical.

Aujourd'hui ce n'est point sur de simples documens recueillis au loin et par des mains étrangères qu'elle devra s'appuyer ; l'Académie n'a que trop acquis le triste privilège de raconter ce qu'elle a vu : elle exposera donc le résumé de ses observations et de son expérience. Elle se contentera de dire comment on a cru devoir agir dans les conditions variables de la maladie ; et peut-être qu'en méditant ce qui a été fait, on arrivera plus sûrement à la conclusion de ce que l'on doit faire.

C'est du 22 au 26 mars que la maladie a éclaté au sein de la capitale.

Antérieurement à cette époque, quelques faits isolés, certains cas douteux avaient été signalés dans Paris ; mais ni les villes ni les bourgs situés sur les frontières des états alors infectés, n'avaient vu aucun exemple du choléra épidémique.

Les cas de maladie se sont soudainement montrés, en grand nom-

(1) Membres de la commission : MM. Gueneau de Mussy, président, Biett, Husson, Chomel, Andral, Bouillaud et Double, rapporteur.

bre, dans un quartier moins que tout autre en communication avec les étrangers. Il se trouve placé loin des postes, des messageries, des rues et des hôtels où arrivent toutes les provenances, hommes et marchandises, des pays où régnait la maladie quand elle nous est arrivée.

La maladie a saisi tout d'abord les classes mal logées, mal vêtues, mal nourries, épuisées d'ailleurs par des excès de toutes les sortes.

Dès l'abord aussi, elle a attaqué tantôt simultanément, et tantôt successivement plusieurs individus vivant ensemble dans le même appartement, dans la même famille.

Toutefois, en tenant compte de la masse générale des faits, c'est dans le plus grand nombre de cas, du moins parmi la classe aisée, que l'on trouve un seul malade atteint dans la même famille, dans le même appartement.

Encore que les gens de l'art soient exposés beaucoup plus que les autres individus à toutes les invasions épidémiques, il n'est cependant pas démontré que dans cette circonstance les médecins et les élèves en médecine, toutes proportions gardées d'ailleurs, aient été plus atteints que le reste de la population.

De premiers aperçus portent à croire qu'il en est de même des personnes qui approchaient de près les cholériques. Tels, certains employés des hôpitaux; les desservans directs des malades, infirmiers, infirmières et garde-malades; les parens, les amis qui les secouraient; les ecclésiastiques qui les assistaient. Du reste, nous le dirons ici, une fois pour toutes, il n'est pas en notre pouvoir, il n'est point de notre mission d'entrer dans des détails de chiffres, dans des discussions statistiques. Deux de nos collègues fort habiles dans ce genre de recherches ont été chargés par l'autorité administrative de rédiger un travail complet sur ce sujet.

L'invasion de la maladie a eu lieu soudainement avec toute son intensité et ses plus grands dangers.

Bientôt on l'a vue éclater sous des formes diverses et à des degrés différens de gravité. Elle s'est montrée quelquefois brusquement et sans signes précurseurs, tandis que, dans d'autres circonstances, elle a été annoncée par des prodrômes soigneusement notés.

Une grande majorité de la population a ressenti, quoiqu'à des degrés différens, ce que nous appellerons l'influence épidémique.

Lassitudes dans tous les membres, insomnie, pesanteur de tête, alourdissement de l'esprit, inappétence, constipation, urines rares, tels étaient les effets de cette influence épidémique générale. On n'était retenu ni au lit ni dans sa chambre, et chacun vaquait à ses impérieuses occupations.

Le choléra confirmé a présenté plusieurs modes d'invasion; il a eu plusieurs degrés d'intensité.

Dans quelques cas, on a vu la maladie débuter seulement par des céphalalgies plus ou moins intenses ou par des crampes des extrémités inférieures, qui s'étendaient aussi aux bras et aux mains. Quelquefois c'était le vomissement qui se montrait seul dès le principe; le plus souvent cependant, c'est la diarrhée qui se présentait de prime abord. Ces symptômes divers, qui avaient tantôt plusieurs heures et tantôt plusieurs jours de durée, constituaient souvent les prodrômes de la maladie, quand l'invasion n'était pas soudaine.

Indépendamment même de ses degrés d'intensité, la maladie a revêtu des formes qu'il est essentiel de distinguer et de connaître.

La première et la plus commune de ces formes, du moins parmi les malades à domicile, a présenté les symptômes suivans:

Malaise général; abattement insolite des forces physiques et morales; insomnie; anxiétés épigastriques; sentiment de pesanteur et quelquefois d'ardeur, qui s'étendait de la région précordiale jusqu'à la gorge; pouls faible, petit, mou et plus ou moins lent; nausées; borborygmes; sécheresse pâteuse de la bouche; urines épaisses, rares et rouges; déjections alvines très-fréquentes; diarrhée. A cette époque, les selles ont offert d'assez grandes variations; il n'a pas été rare de les voir sanguinolentes, jaunâtres, verdâtres ou même brunes, mais presque toujours mêlées de mucosités blanches; le plus souvent elles étaient muqueuses, blanchâtres, liquides, semblables à une décoction de riz un peu épaisse; elles étaient chassées hors des intestins avec force et comme par le jet d'une seringue.

Plusieurs malades ont rendu des lombrics, on en a trouvé aussi dans les intestins de quelques cadavres.

Le sang tiré des veines était noir, cailleboté, poisseux. Il laissait séparer peu de sérosité et il n'offrait que rarement des traces légères de la couenne sanguine, cette couche d'un blanc grisâtre qui se forme ordinairement à la surface du caillot.

Cette forme de la maladie, que l'on a improprement désignée dans le monde par le nom de cholérine, constituait en réalité le premier degré, les degrés faibles du choléra confirmé.

Ce n'est que dans les circonstances les plus favorables que la maladie a été bornée à ces légères atteintes.

Trop souvent elle a brutalement saisi les malades avec toute sa foudroyante intensité, tantôt d'une manière subite et sans signes précurseurs, tantôt après avoir été annoncée par les prodrômes que nous avons déjà fait connaître. C'est alors que l'on observait ces deux phases si redoutables de la maladie, la période algide ou de concentration et la période æstueuse ou de réaction.

La période algide, caractérisée par la cessation apparente de la vie

à la périphérie, n'a presque jamais manqué durant la première quinzaine de l'épidémie.

Cette période a varié sans doute dans son intensité, mais elle a toujours conservé les mêmes caractères.

Refroidissement de toutes les parties extérieures du corps et surtout des extrémités inférieures, cette température s'étant abaissée quelquefois jusqu'à quatorze ou quinze degrés. Cyanose ou coloration bleue bronzée de la peau, dans une étendue variable; cadavérisation rapide de la face; les yeux caves, affaissés sur eux-mêmes et entourés d'un cercle cyanique de couleur plus livide que le reste du corps; une matière pulvérulente grisâtre recouvrant les cils des paupières et l'entrée des narines; la sclérotique parcheminée, comme ecchymosée, amincie d'ailleurs et transparente au point de laisser paraître la choroïde; les joues creuses, des crampes douloureuses aux extrémités supérieures et inférieures, quelquefois aussi sur les régions lombaire et abdominale; la langue froide et d'un blanc nacré violacé; la voix toujours très-faible, le plus souvent cassée, soufflée; une grande oppression, des syncopes momentanées, fréquentes, une diminution notable de l'action du cœur; la respiration difficile et lente; l'air expiré par le malade privé de chaleur; l'affaiblissement ou l'absence presque totale et quelquefois même la disparition complète du pouls; l'auscultation de la cavité thoracique ne laissait souvent reconnaître que difficilement les battemens du cœur et les mouvemens respiratoires; les urines entièrement suspendues; des vomissemens fréquens de matières blanchâtres ressemblant à celles des déjections; les déjections alvines multipliées, liquides, blanchâtres et comme mêlées de flocons albumineux.

Trop souvent les malades ont succombé durant cette période, qui n'a rien de limité quant à sa durée; que l'on a vue d'ailleurs manquer quelquefois pendant la première quinzaine de l'épidémie; qui manquait presque toujours pendant la seconde, et que l'on a vue se représenter assez fréquemment et avec toute sa gravité dans le cours de la troisième quinzaine.

Quand la mort arrivait pendant la période algide, on voyait assez communément les vomissemens et les selles s'arrêter, et les malades annoncer qu'ils se sentaient mieux lorsqu'ils n'avaient que quelques instans à vivre.

Chez un certain nombre de malades, les symptômes effrayans de cette période s'amoindrissaient successivement; la peau commençait à se réchauffer et devenait halitueuse; la circulation se ranimait; le pouls devenu appréciable prenait de la fréquence, et l'on voyait débuter cette autre période de la maladie que nous avons appelée la période œstueuse ou de réaction.

Il s'en faut que la transition de la période algide à la période œstueuse ait toujours été régulière et tranchée. Trop souvent on a eu à combattre, comme passage de l'une à l'autre, des alternatives réitérées de froid et de chaleur se succédant l'une à l'autre. Certaines parties, celles qui se rapprochent le plus des centres, se réchauffaient, tandis que d'autres, les pieds, les orteils, les mains, les doigts et le nez, restaient froids. Le malade y éprouvait alors des fourmillemens et comme un engourdissement au moins incommode.

La durée de la période œstueuse, non plus que la durée de la période algide, n'a rien de limité. On l'a vue quelquefois se terminer par la mort au bout de quelques heures, d'autres fois elle s'est prolongée jusqu'à trois jours, et alors l'issue était variable. Enfin, on l'a vue souvent commencer le choléra sans que la période algide eût lieu.

Nulle corrélation, nulle dépendance n'ont pu être constatées entre la période algide et la période œstueuse. Non seulement la première n'appelait pas inévitablement la seconde ; non seulement la seconde ne devait pas faire supposer la première, mais il n'existait encore entre les deux aucun rapport, soit de durée, soit d'intensité. Bien plus, la période de réaction s'est surtout montrée complète, soutenue, régulière, dans le cas où la période de concentration avait été faible et de courte durée.

La période œstueuse a marché sous plusieurs formes.

Dans certains cas elle s'est établie graduellement ; elle a été modérée, mais suffisante. Le pouls acquérant successivement de la force et conservant de la régularité, arrivait à quatre-vingt ou quatre-vingt-dix pulsations par minute. Les traits reprenaient l'état normal en offrant cependant un peu plus d'animation, mais sans avoir les caractères de la face vultueuse ; l'anxiété épigastrique s'amoindrissait pour se dissiper peu-à-peu en entier. Une moiteur douce, et successivement une transpiration forte et des sueurs abondantes liquides, vaporeuses, survenaient. Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures de cet état, il n'a pas été rare de voir se former des éruptions diverses, quelquefois miliaires, jointes à des sueurs halitueuses abondantes, et souvent alors les malades entraient en convalescence.

La période de réaction était souvent insuffisante. Elle marchait avec lenteur, avec irrégularité ; elle revêtait même des symptômes ataxiques plus ou moins graves. Alors surtout le froid alternait avec la chaleur. La cyanose s'affaiblissait à peine. La peau était humide, pâteuse, fraîche et visqueuse. Il y avait des jactitations fréquentes considérables, poussées jusqu'aux convulsions. Le pouls irrégulier, serré, vif, battait jusqu'à 120, 140 fois par minute. La respiration

était fréquente, précipitée. L'haleine du malade se réchauffait à peine, la langue devenait aride, rouge, brune, surtout dans sa portion longitudinale et moyenne; elle était arrondie à la pointe. On appercevait un commencement de fuliginosité sur les dents, les gencives et les lèvres. Les urines restaient supprimées. La diarrhée augmentait, l'anxiété épigastrique prenait un autre caractère que dans la période algide; elle était plus aiguë et supportée avec plus d'impatience. Le bas-ventre, quoique souple, était retiré sur lui-même, affaissé, mollasse : la prostration des forces augmentait. Le collapsus s'établissait de nouveau. Le malade tombait dans un état comateux prolongé considérable, et c'est surtout alors qu'on a observé des signes de délire.

Quelquefois enfin cette période de réaction a été prolongée, violente, exagérée. Elle présentait alors les caractères d'un état inflammatoire plus ou moins considérable. Le pouls devenait plein, dur, fort et fréquent. La peau très-chaude, tantôt était couverte de sueurs abondantes, et tantôt conservait une extrême aridité, soit partielle, soit générale. La face était vultueuse et le regard animé. Les yeux, fortement injectés, se remplissaient parfois de larmes. La respiration élevée, fréquente, forte, donnait 22, 28 et jusqu'à 36 inspirations par minutes. Il se déclarait une véritable cardialgie; une chaleur considérable de toute la région abdominale; une céphalalgie obtuse, gravative, et presque toujours sus-orbitaire; de l'insomnie, de l'agitation et du délire.

C'est avec cette modification de la réaction qu'on a noté des congestions cérébrales, des gastro-entérites, et même de véritables pneumonies. Rencontrer sur le même malade, pendant la réaction, plusieurs des formes que nous avons reconnues à cette période, n'a pas été sans exemple. Ainsi, sur le même individu, la réaction a été tantôt faible, tantôt violente, tantôt régulière et tantôt irrégulière.

Dans un petit nombre de circonstances, après une formidable attaque du choléra, les malades ayant heureusement parcouru les phases de la concentration et de la réaction, on a vu la convalescence s'établir immédiatement, et la guérison complète se prononcer avec promptitude. Mais il n'en a pas été toujours ainsi. Ce que les convalescences, en général, ont présenté de langueur, de difficultés et d'accidens, ne saurait assez se dire : et ce n'est pas seulement après les cas graves de choléra que ce phénomène a été remarqué, on l'a vu aussi à la suite des atteintes légères de cette maladie.

Les convalescences ont présenté moins de lenteur quand la maladie a été franchement inflammatoire, à moins cependant que les émissions sanguines n'eussent été poussées trop loin.

Sans doute, lorsque la convalescence se prononce, tous les accidens

graves de la période algide et de la période œstueuse ont disparu. Diarrhée, vomissemens, anxiété épigastrique, cyanose, voix cholérique, tout est passé. Il reste cependant encore une faiblesse générale que l'on ne rencontre à la suite de nulle autre maladie. La figure est pâle, amaigrie, contractée, alongée; les yeux sont ternes, humides, languissans; la paupière inférieure conserve quelque chose de la lividité particulière à la maladie; la langue blanche, épaisse, molle, a souvent aussi sur ses bords une légère rougeur; la bouche est pâteuse et de goût vicié. Quelques malades éprouvent un besoin impérieux de manger, et la moindre alimentation leur cause de la fatigue ou même des douleurs à l'épigastre. Les surcharges alimentaires rappellent la cardialgie, et réveillent les douleurs abdominales. Des vents sont fréquemment rendus et par haut et par bas. Le sommeil difficile, léger, est souvent interrompu par des rêves fatigans. Le convalescent accuse sans cesse un état indéfinissable de langueur et d'abattement. Les muscles, le cerveau, le cœur et le canal alimentaire trahissent surtout cette déperdition profonde des forces.

Dans un tel état, le plus léger écart de régime, la plus petite fatigue physique, l'exposition au froid et à l'humidité, de faibles contentions d'esprit, les affections tristes de l'ame, suffisent pour décider une rechute : et alors les malades tombent dans une situation plus défavorable et plus fâcheuse que toutes celles de la maladie primitive.

On voit en effet alors se développer soudainement et d'une manière tumultueuse la plupart des accidens graves de la maladie. Les symptômes se pressent; les accidens se multiplient; les périodes se confondent, et le plus ordinairement le malade succombe malgré tous les secours de l'art.

C'est surtout vers la fin d'avril, au commencement de la troisième semaine de l'épidémie, que l'on a vu survenir en grand nombre ces fatales rechutes.

Les rechutes à leur tour faisaient souvent surgir diverses mutations de maladies. C'est ainsi que nous avons noté :

1.° Des gastro-entérites; 2.° des méningites ; 3.° des états typhoïdes aigus ou chroniques; 4° des états péripneumoniques; 5° des fièvres intermittentes.

L'époque de l'année et la nature de la saison n'auront pas peu contribué au développement de ces diverses affections.

Une première invasion de la maladie ne dispensait pas nécessairement d'une seconde. Il existe dans le cours de l'épidémie plusieurs faits de récidive bien constatés. Il semble même que, par cela seul

que l'on avait été atteint une fois par l'agent épidémique, on était plus sujet aux récidives et aux rechutes.

De nombreuses ouvertures de cadavres ont été faites, dans les hôpitaux surtout.

Les observateurs qui se sont livrés à ce genre de recherches ont signalé des lésions d'intensités diverses. Quelques-uns d'entre eux cependant ont cité un petit nombre de faits dans lesquels on n'a trouvé nulle trace de lésion appréciable. C'est surtout aux premiers jours de l'épidémie, et lorsque les malades avaient été rapidement enlevés, en trois, cinq, six heures, par exemple, qu'on ne découvrait que peu de lésions assignables. En général, l'étendue et l'intensité des lésions anatomiques ont varié en raison de la durée et des formes de la maladie.

A l'extérieur, les cadavres des cholériques étaient surtout remarquables par la couleur violacée qu'ils présentaient, par la saillie des muscles qui se dessinaient fortement à travers les tégumens, par un amaigrissement considérable de la face et des mains, et par une contraction forte des doigts.

Les lésions internes les plus constantes avaient leur siège dans la cavité abdominale, et spécialement sur les divers points de la totalité du tube digestif.

Le pharynx a presque toujours été vu à l'état normal. Il a seulement offert une sécheresse grande chez quelques-uns des malades qui ont succombé après avoir présenté des symptômes de gastrite.

L'œsophage, souvent sain, a été trouvé quelquefois légèrement rouge, et parsemé de cryptes muqueux plus ou moins développés.

L'estomac, dans quelques cas, n'a offert aucune altération sensible; mais dans le plus grand nombre il a été le siège de lésions diverses. On l'a trouvé tantôt dilaté, tantôt contracté, conservant d'ailleurs des quantités variables de la matière rendue par le vomissement. On l'a vu le plus souvent rouge, soit par plaques, soit dans sa totalité, et avec ou sans ramollissement.

En général, mais surtout chez les individus qui avaient succombé rapidement, on a trouvé dans les intestins le liquide blanchâtre, trouble, floconneux, qui a été si universellement décrit. Ce liquide était couleur lie de vin dans bien des cas. Souvent encore, une couche de matière crêmeuse recouvrait la surface interne des intestins.

Ce n'est pas seulement parce qu'il est le plus constant, c'est aussi parce que, seul avec la rétraction de la vessie, il n'a été vu jusqu'à présent que chez les cholériques, que ce fait d'anatomie pathologique devient important à noter.

La muqueuse intestinale a offert des altérations variées quant à la nature, quant à l'intensité et quant au siège. Le plus souvent on y

a observé une rougeur plus ou moins prononcée, une injection arborescente, capilliforme ou pointillée, et quelquefois une véritable infiltration sanguine. Dans un grand nombre de cas, on y trouvait comme une éruption granuleuse plus ou moins abondante, et un développement prononcé des glandes de Brunner et des plaques de Peyer.

Ces altérations, très-sensibles d'abord dans les premières circonvolutions de l'intestin grêle, s'affaiblissaient plus loin pour reprendre ensuite une intensité croissante à mesure que l'on se rapprochait davantage de l'extrémité du gros intestin.

Toujours la vessie a été trouvée contractée, ramassée derrière le pubis, et vide ou presque vide. A peine si cette proposition admet quelques exceptions. Le plus souvent la vessie contenait aussi une petite quantité de matière crêmeuse, blanchâtre, analogue à celle des intestins. On la retrouvait aussi, cette matière, dans les bassinets et dans les uretères; quelquefois même on a pu l'exprimer du tissu propre des reins.

Le reste des observations d'anatomie pathologique qui méritent annotation sont les suivans :

L'injection des méninges et de la pulpe cérébrale, surtout chez les individus qui ont présenté des symptômes typhoïdes, des quantités variables de sérosité limpide, visqueuse, dans la cavité de l'arachnoïde, dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules.

Les poumons, remarquables par le peu de sang qu'ils contenaient, par leur légèreté et leur blancheur : rarement on a trouvé à la suite d'autres maladies des poumons d'apparence aussi saine.

Le cœur et les gros vaisseaux gorgés d'un sang noir, à demi coagulé, assez semblable à de la gelée de groseille, beaucoup plus foncé que le sang des autres cadavres, et contenant évidemment moins de sérosité. Une sécheresse remarquable des membranes séreuses en général, et plus particulièrement de la plèvre et du péricarde.

Tous les organes, le foie et les poumons exceptés, plus ou moins injectés, violacés ou noirs.

La vésicule du fiel plus volumineuse que de coutume, distendue par une bile ordinairement épaisse et foncée.

Les nerfs de la vie animale et ceux de la vie organique n'ont rien présenté d'insolite. On a souvent examiné avec beaucoup de soin les ganglions sémi-lunaires, et on les a constamment trouvés exempt d'altération appréciable.

Enfin, dans certains cas, cette injection vasculaire du tissu osseux, injection qui fait que les os des cholériques et leurs dents offrent le phénomène curieux d'une véritable coloration en rouge; comme si les individus eussent succombé à une inflammation vive des os.

La cause déterminante, spécifique de la maladie, celle en vertu de laquelle le choléra épidémique existe et sans laquelle il ne saurait avoir lieu, reste entièrement inconnue, malgré toutes les opinions hypothétiques que l'on a émises sur ce sujet.

Mais à côté de cette cause essentielle, que nous ne connaissons pas, il faut placer une série de causes prédisposantes que nous avons pu apprécier, et dont l'éloignement exerce la plus heureuse influence, soit comme moyen de préservation, soit comme moyen de guérison du choléra.

L'action de l'air froid et humide et particulièrement les inclémences de l'air pendant la nuit; les transitions brusques du chaud au froid et réciproquement; le passage subit de la sécheresse à l'humidité et l'inverse; l'habitation dans les lieux bas et humides; l'entassement des individus, l'encombrement des habitations par des animaux domestiques; des travaux excessifs, la fatigue, les veilles, les contentions d'esprit trop fortes ou trop prolongées; les affections tristes de l'ame; la crainte, la frayeur, suites d'une préoccupation trop vive de l'épidémie; et en un mot, toutes les passions débilitantes; des vêtemens insuffisans ou malpropres; l'imprudence de quitter subitement des vêtemens chauds pour en prendre de légers; l'abus des alimens considérés sous le double rapport de la quantité et de la qualité; les excès de boissons spiritueuses; les digestions difficiles et plus encore les indigestions; l'incontinence; les veilles trop prolongées; ce sont là autant de causes qui favorisent singulièrement le développement de la maladie.

Ajoutons encore que des conseils hygiéniques universellement donnés, uniformément suivis, sans égard pour la constitution de la saison sous laquelle le choléra a éclaté, sans distinction aucune d'âge, de profession, de tempérament, ont eu aussi sur l'épidémie et sur les maladies accessoires une assez fâcheuse influence. Ainsi, une nourriture substantielle et forte succédant rapidement à des habitudes inverses au moment de l'entrée du printemps, et peu avant le début de l'épidémie, n'ont pas peu contribué, chez les individus jeunes, robustes et d'une constitution pléthorique, à développer soit des phlegmasies diverses en dehors de l'épidémie, soit des accidens inflammatoires dans le cours même de la maladie épidémique.

Les sexes, les âges, les professions, les fortunes, les quartiers ont été indistinctement mais inégalement frappés par l'épidémie. La maladie a régné plus fréquemment et elle a fait aussi plus de victimes parmi les personnes débilitées par l'âge, par des travaux excessifs de l'esprit ou du corps, par des habitations insalubres, par la misère, par les affections tristes de l'ame, par des intempérances

de toutes les sortes, par des maladies antérieures, et surtout par des affections organiques.

Ce n'est guère que du dixième au quinzième jour de la durée totale de l'épidémie que la maladie a passé de la classe ouvrière à la classe aisée. Dans cette transition les domestiques ont été violemment atteints.

La maladie a successivement parcouru en quelque sorte les divers quartiers de la capitale et sans qu'on puisse reconnaître à cette marche aucune règle, aucune condition, aucune cause assignable. Au reste, ni la transition d'une classe à une autre classe, ni la marche d'un quartier à un autre quartier n'ont été assez tranchées, assez exclusives, pour que l'une et l'autre de ces deux propositions ne doivent admettre plusieurs exceptions.

On ne saurait assez dire combien une vie bien ordonnée, régulière, occupée et sobre, a pu contribuer à préserver du choléra. Dans nos nombreux colléges, dans les écoles spéciales, dans les maisons religieuses, dans les grands pensionnats, on compte à peine quelques cas de maladie.

Traitement. — De toutes les tentatives thérapeutiques que l'on a faites pendant l'épidémie, en ville et dans les hôpitaux, il résulte comme vérité dominante que, pour la guérison du choléra, il n'existe point de spécifique ni de méthode exclusive de traitement.

Il en résulte aussi que la nature des constitutions individuelles, le mode d'invasion de la maladie, ses différentes formes et l'intensité des symptômes qui caractérisent chaque période commandent pour le traitement des modifications importantes que nous allons signaler, et dont il n'appartient qu'à l'observateur éclairé de faire d'utiles applications.

C'est surtout dans l'opportunité des divers moyens employés que l'on a puisé de nombreux élémens de succès; et cette opportunité n'a pu être déduite que d'une juste appréciation des phénomènes morbides et des indications qui en ont dû ressortir.

La simple influence épidémique ressentie est une indisposition plutôt qu'une maladie. Elle n'a guère demandé que des soins hygiéniques généraux. On a pu continuer de vaquer à ses occupations. On a évité le froid et l'humidité des nuits et des matinées. On a mangé moins que d'habitude, et l'on a été sévère pour le choix des alimens. On a pris tous les matins tantôt une infusion théiforme légèrement aromatique ou amère, tantôt une décoction mucilagineuse rafraîchissante, et l'on a ainsi traversé l'épidémie sans autre mauvaise fortune.

Dans le plus grand nombre des cas, on a vu se dessiner le choléra au premier degré de son intensité, tel que nous l'avons signalé plus haut et que l'on a désigné sous le nom de cholérine.

C'est contre cette phase de la maladie que les secours de l'art ont été efficaces, parce qu'ils étaient invoqués à temps.

Soit que le choléra ait été annoncé par la céphalalgie ou par les crampes, ce qui n'a eu lieu que rarement; soit qu'il ait commencé par les anxiétés épigastriques et le vomissement, ce qui a été plus fréquent; soit enfin qu'il ait débuté par les coliques et par la diarrhée, ce que l'on a vu le plus ordinairement; toujours, tout en prenant en première considération la nature de la maladie, il a fallu avoir égard encore à la constitution des individus.

Chez les personnes jeunes, robustes, de constitution pléthorique, disposées d'ailleurs aux phlegmasies, les émissions sanguines par la lancette et par les sangsues ont eu d'immenses avantages.

Le repos du lit, des boissons adoucissantes mucilagineuses, végétales plutôt qu'animales, froides plutôt que chaudes, telles que l'eau gommée, l'eau gazeuse, la glace pure ou des sortes de sorbets à l'eau simplement sucrée, ont été très-salutaires. En général, il y avait avantage à donner les boissons en très-petite quantité.

Si, sous l'influence de ces conditions pathologiques, le corps tendait à se refroidir, on avait recours aux bains tièdes de courte durée, et donnés avec les précautions voulues. On a vu quelquefois les bains trop chauds, trop prolongés, trop multipliés, augmenter la diarrhée.

Des frictions de toutes les sortes, le calorique augmenté autour du corps des malades par des moyens divers, des infusions théiformes légèrement aromatiques, ont fait cesser la tendance déjà marquée dans cette période à une vicieuse concentration et même au refroidissement; que si par suite de cette concentration le pouls venait à se ralentir, si la diarrhée augmentait, on appliquait alors des cataplasmes sinapisés.

Lorsque les malades atteints ne présentaient ni dans leur organisation, ni dans l'ensemble des phénomènes, les indices de l'état inflammatoire, ni les signes de la prédominance nerveuse; quand ils étaient d'un tempérament lymphatique muqueux; lorsque la langue était molle, épaisse, humide, recouverte d'un enduit jaunâtre, alors on a donné l'ipécacuanha: et à la suite de ce moyen on a vu souvent les vomissemens liquides, blanchâtres, floconneux, se changer en vomissemens bilieux, la diarrhée prendre le même caractère ou même cesser entièrement, les transpirations s'établir, les forces se ranimer, et le malade entrer en convalescence.

Trop souvent on a vu se prononcer la période algide, soit qu'elle ait été devancée par ce premier degré du choléra, dont une série plus ou moins nombreuse de symptômes lui servait de prodrômes; soit qu'elle ait paru subitement et sans signes précurseurs.

Dans l'un comme dans l'autre cas il a fallu, par tous les moyens,

possibles, réchauffer le corps du malade. Des bains de vapeurs conduits dans le lit, des briques chaudes, des sachets remplis de sable ou de son chauffés, des bouteilles de grès pleines d'eau bouillante, atteignent assez bien ce but.

Mais en vain dans ces cas on se serait borné à élever la température du malade : de tels soins eussent été insuffisans ; on ne faisait guère que réchauffer un cadavre, si l'on ne parvenait en même temps à ranimer les forces vitales.

Dans cette période on a donné avec beaucoup de succès la glace.

Bien des médecins ont redouté dans cet état de choses les excitans spiritueux, les toniques diffusibles, et ils ont donné alors le café léger et le thé. Quelques-uns cependant se louent de l'usage du punch à la glace, des vins généreux, du Malaga surtout. Des potions cordiales, sous un petit volume et dans lesquelles entraient à doses variées, l'éther, l'acétate d'ammoniaque, l'ammoniaque en liqueur, remplissaient la même indication.

On comprend bien sans doute, et on l'a plusieurs fois expérimenté, que, dans les cas où les forces vitales presque éteintes ont besoin d'être ranimées, ces divers excitans donnés instantanément aient été utiles : toutefois plusieurs des symptômes observés pendant la maladie et surtout les lésions anatomiques reconnues après la mort, doivent engager à n'employer ces moyens qu'avec une sage réserve.

Les excitations violentes de la peau sur tout le corps et spécialement sur le trajet de la moelle épinière, à l'aide des vésicatoires, des sinapismes, des linimens ammoniacaux, de l'eau bouillante, du marteau brûlant, ont eu quelque succès.

Il faut noter particulièrement ici l'excitation ou même la cautérisation de la colonne vertébrale par les moyens suivans : une bande de molleton de laine de la longueur de la colonne vertébrale et de six pouces environ de large, est imbibée d'une mixture composée d'essence de térébenthine huit parties, et ammoniaque liquide une partie; on l'étend sur toute la longueur de la colonne et on la recouvre d'une autre bande double de linge humectée d'eau chaude et bien exprimée ; on promène ensuite, sur toute la longueur de ce linge, en appuyant modérément, un fer à repasser d'une chaleur suffisante pour vaporiser les fluides dont sont empreintes les étoffes, jusqu'à ce que l'évaporation les ait à-peu-près desséchées. On suspend alors cette opération, que l'on réitère d'heure en heure, jusqu'à ce que l'amélioration de l'état du malade permette, soit de la cesser, soit d'en éloigner l'application.

Dans un autre procédé on produit de violentes rubéfactions ou même des cautérisations vives de ces parties à l'aide d'une bande de flanelle trempée dans un mélange à parties égales d'essence de téré-

benthine et d'ammoniaque, et appliquée sur le trajet de la moelle épinière. On promène ensuite sur cette bande un fer à repasser qui détermine une rubéfaction plus ou moins vive de la peau.

Alors encore les bains chauds à la température de 28 à 30 et même 32 degrés, les cataplasmes bouillans ont été fréquemment employés.

Quelques praticiens ont eu recours aux émissions sanguines, soit générales, soit locales, même dans le fort de la période algide: et quand le sang a pu couler, soit par l'ouverture de la lancette, soit par la piqûre des sangsues, on a vu quelquefois les mouvemens se ranimer à la circonférence, la transpiration s'établir, et la maladie marcher progressivement vers la convalescence.

Dans plusieurs circonstances on a pu faciliter, provoquer l'écoulement du sang à la suite de la saignée, en plongeant le bras ou la jambe dans l'eau chaude, en dirigeant sur la totalité du membre une douche de vapeurs, ou même en appliquant des cataplasmes sinapisés au-dessus et au-dessous de la saignée.

On a administré aussi l'ipécacuanha à haute dose durant cette période algide ou de concentration. Chez quelques individus, on a vu pour l'ipécacuanha ce qui a été observé pour la saignée; c'est-à-dire, que la nature restait inerte sous l'action de cette médication. Il n'y avait ni nausées ni vomissemens.

Mais quand les vomissemens avaient lieu, lorsqu'ils étaient multipliés, rapprochés, violens, la peau se réchauffait, le visage s'animait, la sueur s'établissait, la diarrhée cessait, et le malade passait souvent de la situation la plus alarmante à un état favorable.

Si la réaction était modérée et suffisante, s'il survenait des sueurs halitueuses abondantes, si les symptômes cholériques s'amoindrissaient successivement, il fallait rester spectateur satisfait d'un tel état de choses.

Ce n'est que rarement, surtout dans la première quinzaine de l'épidémie, qu'une marche aussi satisfaisante a eu lieu. Presque toujours alors la réaction était lente et faible, ou excessive et anomale. Sous l'une et l'autre de ces deux modifications de la période œstueuse, ont apparu le plus ordinairement les symptômes typhoïdes.

Quand la réaction a été insuffisante et mal assurée, on avait encore à combattre en quelque sorte la période algide prolongée. Il fallait donc, suivant les indications, recommencer la série des moyens divers que nous avons conseillés contre cette période.

Il n'a pas été rare d'avoir à lutter contre les accidens d'une réaction exagérée, irrégulière. Les malades étaient menacés alors de congestions cérébrales, pulmonaires, abdominales; alors on a vu survenir des symptômes typhoïdes d'intensité variable.

On a pu modérer ce travail de réaction en tenant le malade au milieu d'une température peu élevée, et en lui faisant respirer un air convenablement renouvelé.

Alors il a fallu recourir aussi aux saignées générales, et plus souvent encore à des émissions sanguines locales, dans le but de remédier aux congestions qui tendaient à se former.

Les applications de glace sur la tête, mais prolongées six, sept, huit heures de suite, produisaient de salutaires effets. Il faut en dire autant des cataplasmes émolliens, soit simples, soit laudanisés, des fomentations de même nature, et même des vésicatoires et des sinapismes aux extrémités.

Des boissons rafraichissantes à la température de la chambre du malade.

Les boissons à la glace et la glace elle-même complétaient la série des moyens à l'aide desquels on a combattu ce genre d'accidens.

Dans le cours plus ou moins prolongé de chacun des cas de cette effroyable maladie, on a eu souvent à s'occuper du traitement spécial de quelques symptômes dont la persistance n'ajoutait pas peu aux fatigues, aux douleurs et aux dangers de la maladie générale.

Le plus constant de ces symptômes a été sans contredit la diarrhée. Quand avec ce symptôme il existait des douleurs et des irritations abdominales, des sangsues appliquées à l'anus ont été d'un grand secours.

On a aussi opposé à la diarrhée la décoction blanche de Sydenham, l'eau de riz frappée de glace; la glace elle-même, l'extrait ou la décoction de ratanhia, diverses préparations d'opium, en pilules surtout, ou du moins sous un très-petit volume; quand on les administrait en potion, on les donnait à haute dose.

Disons cependant que dans quelques circonstances les préparations d'opium et surtout le laudanum de Sydenham, tout en suspendant la diarrhée, avaient l'inconvénient de reproduire les vomissemens.

Des quarts de lavemens avec la décoction de ratanhia, avec des solutions amilacées, soit simples, soit unies à l'opium, étaient fort utiles.

A l'extérieur on a fait un usage fréquent des sinapismes promenés sur les extrémités inférieures, appliqués même sur tout le bas-ventre. Ces moyens n'avaient pas une moindre efficacité pour arrêter les vomissemens, sans compter qu'ils tendaient en même temps à exciter, provoquer le retour des forces, et à ranimer la circulation.

Dans l'intention de modérer la diarrhée, on a donné le charbon végétal en poudre très-fine, à la dose de demi-gros par heure; sous l'action de ce moyen, les selles ne tardaient pas à diminuer; elles ne tardaient pas surtout à perdre leur caractère cholérique, et à devenir purement bilieuses.

Pour faire cesser la cardialgie et les vomissemens, les révulsifs cutanés et la glace n'ont pas eu moins de succès que pour arrêter la diarrhée. Ces deux moyens ont présenté, durant tout le cours de l'épidémie, l'avantage immense d'attaquer les deux symptômes qui constituent une des pénibles incommodités et l'un des pressans dangers de la maladie.

Les applications de sangsues à l'épigastre ont satisfait à l'indication dominante fournie par la cardialgie et par les vomissemens, quand il y avait d'ailleurs des symptômes d'irritation gastrique.

A titre de moyens spéciaux, on a de plus employé la potion antiémétique de Rivière à haute dose, les préparations d'opium, l'eau gazeuse, et divers épithèmes réfrigérans ou narcotiques.

Les crampes tourmentaient cruellement les malades; elles étaient poussées quelquefois jusqu'aux convulsions. Aussi s'est-on hâté de les combattre par différens moyens.

Chez les individus jeunes et robustes, une large saignée et des bains à 28 degrés ont eu de grands succès.

A l'intérieur on a donné les préparations d'opium et le sous-nitrate de bismuth.

A l'extérieur, des embrocations anodines, ou même le laudanum pur; des cataplasmes émolliens et opiacés; des frictions avec l'essence de térébenthine, tantôt pure, tantôt associée au laudanum et à l'éther acétique; les frictions de glace; les frictions sèches; le massage des membres.

La ligature circulaire des membres est aussi un moyen très-spécial à l'aide duquel on a souvent fait cesser les crampes; mais la ligature a paru n'exercer qu'une action locale et n'avoir aucune influence salutaire sur la marche générale de la maladie. Au contraire, la saignée et les bains, la glace, les excitans cutanés, les linimens opiacés selon l'occurrence, remédiaient d'abord aux crampes et répondaient d'ailleurs aux indications générales de la maladie.

Un assez grand nombre d'autres médicamens ont été employés isolément dans les périodes diverses du choléra. Les faits et le temps manquent à la juste appréciation de ces moyens; aussi l'Académie veut-elle à peine les indiquer, tels entre autres le tartre stibié, l'hydrochlorate de soude, le musc, la valériane, l'oxygène, le chlore et le protoxyde d'azote introduits dans les voies aériennes, l'électro-puncture, le galvanisme.

Un fait qui paraît assez bien constaté par rapport à la thérapeutique de la maladie qui nous occupe, c'est que pendant la première époque de l'épidémie les exemples de guérison ont été rares, quelles que fussent les tentatives des médecins; et que, au contraire, les chances de succès se sont accrues à mesure que l'on se rapprochait davantage des jours où nous sommes arrivés.

La convalescence des cholériques n'est point, dans le traitement de cette formidable maladie, une considération de médiocre importance. Ni les soins du médecin, ni la surveillance du malade, ne doivent se ralentir. A cette époque de la maladie, les efforts doivent avoir ce double but de régulariser la marche de cet état intermédiaire qui marque la transition de la maladie à la santé, et de prévenir le funeste accident des rechutes.

La perturbation profonde du système nerveux pendant la maladie, le trouble violent qu'a subi l'hématose, et l'altération spéciale des fonctions digestives, rendent suffisamment raison de la lenteur et des difficultés que les convalescences présentent à la suite du choléra. C'est aussi dans ces trois grandes considérations qu'il conviendra de puiser les règles générales de la conduite à tenir pour fixer le régime et régler le traitement de cette période.

Une précaution capitale consistera à continuer long-temps pendant la convalescence l'usage des moyens qui avaient combattu avec avantage les accidens dont la disparition finit la maladie et commence la convalescence. Ainsi il faut bien s'assurer que la période de réaction a été convenablement attaquée dans les formes diverses qu'elle a affectées, et aussi dans l'intensité variable qu'elle a offerte.

Dans les cas où cette période avait pris le caractère phlegmasique, il a fallu insister encore durant la convalescence sur la méthode antiphlogistique, sans cependant pousser encore trop loin cette médication. La même remarque pratique est applicable aux médications excitantes, toniques quand elles ont été nécessaires, aussi bien qu'à l'emploi des antispasmodiques diffusibles lorsque l'opportunité en a été bien constatée.

Souvent, dans la convalescence, une faim insupportable était la conséquence d'une irritation gastrique persistante; et c'est alors surtout que le régime alimentaire devait être très-sévère.

Dans certains cas, l'abstinence prolongée ajoute encore à la débilité des organes digestifs. Il faut alors augmenter l'alimentation, mais toujours avec une sage réserve; alors aussi l'eau de Seltz coupée avec du lait et prise par petites quantités, l'eau naturelle de Bonnes donnée avec des précautions semblables, et quelques amers légers, hâtent la convalescence.

La constipation prolongée est dans la convalescence cholérique un accident dont on doit s'occuper beaucoup. Sans doute il convient d'éviter les purgatifs dans la crainte fondée de reproduire la diarrhée : mais des masses de matières fécales retenues long-temps dans les intestins deviennent aussi une cause puissante d'irritation locale. On y remédiera par un régime convenable, par des lavemens appropriés, et s'il le faut enfin par des purgatifs très-doux.

Lorsque, dans le cours de la convalescence, il survient des symptômes prononcés d'irritation et des indices de congestion locale quelconque, ayez aussitôt en vue la possibilité de la rechute, et cherchez à la prévenir par les moyens rationnellement indiqués dont nous avons déjà parlé.

Dans les cas nombreux de cette recrudescence de la maladie pendant la convalescence, les accidens ont été plus graves et plus intenses que lors de la première invasion. Il a fallu aussi les attaquer plus vivement et leur opposer, mais avec encore plus d'énergie, la série des moyens que nous avons indiqués pour la maladie elle-même, considérée dans ses rapports et dans ses périodes variables.

A titre de moyens préservatifs, l'Académie n'aura que peu de conseils à donner. Il faudrait être arrivé à des notions précises sur la nature et sur le mode d'action de la cause efficiente, spécifique du choléra, pour trouver des moyens de s'en garantir.

On est donc réduit dans la prophylactique à combattre les causes générales qui prédisposent à la maladie, ou qui en décident le développement.

Ces causes, nous les avons déjà signalées, nous n'y reviendrons pas.

Nous ne craindrons cependant pas de redire combien il importe de s'abstenir de boissons spiritueuses et de liqueurs fortes, d'éviter soigneusement de se surcharger d'alimens, et de fuir toutes les occasions d'indigestions ou même de digestions difficiles. Il faudra, pour une bonne nourriture, combiner dans de justes proportions les substances animales avec les substances végétales, et cela en raison de l'habitude, des localités et de la tolérance individuelle.

Nous touchons à la saison des fruits, et déjà l'on est préoccupé de la conduite qu'il faudra tenir à cet égard; l'incertitude et le doute règnent dans les esprits.

Sans contredit, des fruits non mûrs, de mauvaise nature, et pris en trop grande quantité, seraient d'un usage malsain. Proscrivons surtout les primeurs, productions anticipées de l'art, au développement desquelles ont manqué les principaux agens d'une maturité parfaite; mais les fruits de bonne qualité, parvenus à une maturité convenable, et mangés avec modération, auront alors, comme toujours, les avantages connus de ce genre d'alimentation.

L'Académie croit devoir signaler ici les inconvéniens, ou tout au moins la nullité d'action de quelques prétendus préservatifs qui ont été fort préconisés d'ailleurs.

En tête de ces moyens, elle placera le camphre, dont le moindre inconvénient aurait été de demeurer sans aucun résultat. Trop souvent cette substance, presque toujours prodiguée, a exercé sur l'économie, et particulièrement sur le système nerveux, des impres-

sions nuisibles. La céphalalgie, des tintemens d'oreilles, des éblouissemens, des vertiges, en ont été la conséquence incontestable.

Il faut juger de la même manière tous les vinaigres, tous les alcoolats, toutes les mixtures, qui ont été comme un véritable impôt levé sur la crédulité publique.

Les chlorures sous toutes les formes, placés en profusion dans les appartemens, et jusques dans les chambres à coucher, ont souvent fait du mal. La toux, les anxiétés de poitrine, des irritations à la gorge, en ont été communément la suite; et d'un autre côté il serait difficile de citer des cas bien avérés de leur utilité prophylactique réelle.

Qu'on en répande fréquemment dans les lieux d'aisances, dans les cabinets de garderobes, dans les plombs des cuisines, dans les conduits des eaux ménagères, dans les endroits où se trouvent habituellement de nombreuses réunions d'hommes, partout, en un mot, où peuvent se former de nombreuses émanations, et l'on agira d'une manière rationnelle; dans les autres circonstances, ni le raisonnement, ni l'expérience n'en sauraient justifier l'emploi.

Note sur la maladie et la mort de G. Cuvier.

Le récit de la maladie qui a ravi Cuvier au monde savant n'intéresse pas seulement en faisant connaître tout ce qui concerne un homme aussi célèbre. La science médicale peut y puiser plus d'un genre d'instruction. C'est à ce titre surtout que nous en reproduisons quelques détails, d'après ce qui a été publié dans divers Journaux, et principalement dans la *Lancette française*, par le docteur Em. Rousseau, chef des travaux anatomiques au Jardin des plantes, qui a assisté l'illustre malade dans ses derniers momens.

M. Cuvier, dit M. Emm. Rousseau, était de ces hommes incompréhensibles par la facilité qu'ils ont pour le travail de tête; il ne se délassait qu'en travaillant; mais avait-il une légère indisposition, il exagérait son mal, et tout en ne croyant pas à la médecine il consultait tous les médecins. Le lundi, 7 mai, ayant eu une selle plus molle que d'habitude, et une espèce de barre dans le colon transverse, il crut nécessaire de prendre un lavement additionné de six gouttes de laudanum de Sydenham, d'après le conseil de M. Allard, son médecin ordinaire. Le mardi il se trouvait fort bien; la barre de l'intestin avait disparu. Il fit sa leçon au collège de France, et mit à cette leçon un feu si extraordinaire, qu'il avait le visage couvert de sueur, et quoique la température fût froide, il revint à pied chez lui, ce qui lui arrivait rarement. Il dîna comme à son ordinaire, assista le soir à l'assemblée des professeurs du Muséum,

et y parla beaucoup. Le mercredi matin, M. Cuvier se plaignit d'une douleur au deltoïde et au bras droit, et d'une difficulté pour fermer la main de ce côté; il n'en alla pas moins au Conseil-d'état, et de retour du Conseil, il pressa le dîner; mais à peine avait-il mangé son potage, qu'il éprouva une telle difficulté pour avaler un aliment un peu solide, qu'il fut obligé de recourir une seconde fois au potage. Cet incident alarma sa famille; on alla chercher le docteur Allard, qui ordonna l'application de vingt sangsues à l'anus. Quinze seulement prirent et saignèrent peu. Il était onze heures du soir. A une heure il renvoya son domestique, ne voulant près de lui personne pour passer la nuit.

Le jeudi matin il ne put remuer le bras droit, quoique ce membre fût chaud et d'une sensibilité exquise dans toutes ses parties; il fut obligé de le mettre en écharpe. Le pouls battait 80 à 85 fois par minute, la figure était légèrement vultueuse, la déglutition assez difficile, la tête peu douloureuse, la marche assez facile. A deux heures on pratique une large saignée au bras gauche; le sang coule en bavant; néanmoins on en tire près de deux livres; il est d'un beau rouge vif : coagulé, il ne présente que très-peu de sérum. (Bain de pied sinapisé, à six heures du soir; un large vésicatoire est appliqué derrière le cou vers les huit ou neuf heures). La position du malade n'est pas améliorée; au contraire la faiblesse augmente, et la voix est sensiblement altérée. La nuit est très-agitée. Vers les trois heures, le pouls, devenu dur et plein, engage à pratiquer une nouvelle saignée, qui fut faite au bras droit, et fut moins forte que la précédente; le sang est plus foncé et le sérum plus abondant. Dès ce moment les forces musculaires décrurent d'une manière notable; cependant la chaleur de la peau, la sensibilité nerveuse, ainsi que l'intelligence, demeurèrent dans une intégrité remarquable.

Les saignées n'ayant point eu de résultats satisfaisans, on proposa vendredi matin deux grains d'émétique qui furent donnés dans un demi-verre d'eau tiède, et pris à très-petites gorgées avec une extrême difficulté. La bouche à chaque instant était remplie d'une quantité de mucosités tellement visqueuses, qu'on était obligé de les retirer afin qu'il ne résultât point d'accidens de cette abondante sécrétion buccale. L'émétique, au lieu d'agir comme vomitif, porta son action sur les intestins, et fut légèrement purgatif. Comme on désirait produire une secousse sur le pharynx, M. Dupuytren introduisit vers deux heures de l'après-midi, à l'aide de la sonde œsophagienne et d'une seringue, 24 grains de poudre d'ipécacuanha délayés dans deux verres d'eau tiède : ce vomitif n'eut aucun résultat. Trois heures après, une nouvelle dose d'ipécacuanha, mais double de la première, fut ingérée dans l'estomac, sans procurer

même une nausée. Cependant l'absorption du liquide se fit parfaitement bien, et les urines coulèrent comme en pleine santé. A sept heures du soir, il est donné un lavement d'eau de rivière fortement saturée de sel marin. Le malade reçut ce lavement, debout, et s'aidant du bras gauche pour se soutenir : une superpurgation eut lieu, les matières fécales liquides étaient brunes, foncées et bilieuses. L'état de M. Cuvier ne s'amenda point. Le bras droit, quoique chaud et sensible au toucher, resta sans mouvement; la déglutition était impossible, quoique la langue et les muscles de la bouche fissent bien leurs fonctions, fréquemment mis en jeu par des gargarismes d'eau et de sirop de groseille ou de vinaigre framboisé à la glace. A dix heures du soir, on appliqua deux larges vésicatoires anglais sur les parties latérales du cou correspondant aux plexus cervicaux. La nuit fut très-agitée. Le malade ne savait quelle position prendre; il fallait le coucher à chaque instant et le relever ensuite pour le mettre dans une bergère longue qu'il préférait à son lit.

Le matin du samedi, il y eut quelques momens de sommeil; le malade accusait les mêmes symptômes, et de plus une difficulté à faire exécuter quelques mouvemens à sa jambe gauche; mouvemens qui devenaient très-fatigans. Il avait pendant la nuit témoigné le désir de prendre un bouillon, qui lui avait été refusé à cause de son agitation et de sa fièvre. On profita des momens de calme de la matinée, et il lui fut ingéré un bon verre de bouillon avec le tube œsophagien. Les vésicatoires furent levés à 11 heures; ils avaient pris, mais sans occasionner d'inflammation à la peau. La déglutition n'avait pas acquis plus de facilité. De midi à une heure, on transporta le malade dans son salon, vaste appartement plus aéré et plus sain que sa chambre, petite et basse. Ce changement le fatigua beaucoup. Les mains jusqu'au-dessus des poignets étaient très-froides; cependant la peau pincée s'effaçait promptement sans aucune marque; les ongles étaient fortement violacés; le pouls était plus petit et plus faible qu'il ne l'avait été jusqu'alors; mais la chaleur se maintint dans toutes les autres parties du corps, quoique depuis l'invasion de la maladie, M. Cuvier n'ait point éprouvé cette moiteur qu'il avait si grand soin d'entretenir et qui lui faisait tant de bien. Il était près de quatre heures quand la chaleur revint aux mains et que la couleur violacée des ongles disparut. M. Dupuytren étant venu vers les cinq heures, ingéra un verre d'eau de sirop de groseille à la glace qui fit grand plaisir au malade. Les facultés intellectuelles étaient intactes, et sans la difficulté d'avaler, M. Cuvier ne se serait pas cru malade. Cependant la nuit du samedi au dimanche fut très-orageuse par l'impossibilité de se mouvoir et la souffrance qui en résultait. Vingt sangsues avaient été appliquées dans la soirée aux

mastoïdes. Le dimanche matin, le malade semblait avoir vieilli de plus de dix ans, sa voix était plus altérée; cependant il était calme, se plaignant d'une légère douleur dans le poumon gauche, comme il s'en était plaint, mais d'une manière fort légère, dans la nuit du vendredi. Chaque fois qu'on proposait un moyen thérapeutique, un signe dubitatif exprimé par un ou deux mouvemens de tête était sa réponse quoiqu'il ne refusât aucun de ces moyens. C'est ainsi qu'il se laissa appliquer à midi deux ventouses scarifiées au bas des reins. Quelques heures après on lui ingéra un verre d'orangeade. Il était huit heures du soir, dit M. Emm. Rousseau, lorsqu'il m'appela pour lui toucher le pouls; il me demanda ce que j'en pensais, il était dur et accéléré; la respiration était courte et précipitée. Il urina et me pria de lui donner un lavement; j'allais le donner, lorsqu'on lui proposa l'application de deux nouvelles ventouses scarifiées à l'angle inférieur des omoplates, il répondit aux médecins qui les lui conseillèrent: *vous voulez*.... ! Les ventouses furent appliquées et donnèrent six onces de sang. Cette opération fatigua extraordinairement le malade. Il demanda l'heure à 9 heures moins un quart, se plaignit que ses facultés l'abandonnaient; à dix heures moins un quart je vis trois ou quatre légers mouvemens de tête, et une faible expiration avait ravi de ce monde cet homme si célèbre... Il est mort dans son grand fauteuil, la tête droite sur les épaules sans être appuyée et dans une parfaite rectitude, sa figure était majestueuse, exprimant la contemplation; ses mains étaient très-chaudes, ainsi que tout son corps; sa famille et ses amis se faisaient encore illusion, mais il n'existait plus.

Le lendemain 14 mai, à dix heures du matin, on moula la figure et le buste. La tête, mesurée sans cheveux, présente dans sa plus grande circonférence 22 pouces 4 lignes. Une autre ligne, tirée de la fosse occipitale à la racine du nez en passant sur le vertex, offre 13 pouces 4 lignes. Une troisième ligne tirée du canal auditif à l'autre et passant également au point le plus élevé du vertex, donne 15 pouces. L'angle facial est très-développé.

L'autopsie cadavérique fut faite le mardi 15, à sept heures du matin, par M. le professeur Bérard, en présence des médecins qui avaient suivi la maladie de M. Cuvier.

Le corps présente un embonpoint remarquable; la peau est blanche et très-pâle; l'abdomen fortement météorisé par du gaz; le scrotum, la verge et une portion des hanches sont d'une couleur qui annonce l'état avancé du cadavre.

Le canal rachidien, ouvert avec les précautions les plus vétilleuses de l'occipital à la région lombaire, présente peu de liquide céphalo-rachidien. Quant à la moelle épinière et à ses racines antérieures

et postérieures, fendues dans leurs diverses parties, elles offrent l'état le plus normal, ce qui détruit toute idée d'attribuer la maladie à la lésion de ces mêmes parties. La boîte du crâne enlevée présente une capacité ample, à parois généralement peu épaisses et même assez minces dans divers endroits. Ce crâne est un des plus réguliers que j'aie vus. Les membranes du cerveau étaient saines, et ne présentaient point de traces inflammatoires; enlevées, on découvrait une masse cérébrale très-développée, présentant des circonvolutions multipliées et à anfractuosités très-prononcées. Une grande partie de ces circonvolutions étaient surmontées au milieu d'une exubérance mamelonnée, faisant partie intégrante de ces circonvolutions. Rien à l'intérieur de ce cerveau, d'une fermeté remarquable, ne put faire apercevoir un point malade; enfin toutes les parties de l'encéphale furent examinées avec le plus grand soin, couche par couche. Les ventricules latéraux du cerveau étaient très-amples; ils contenaient une petite quantité de liqueur légèrement trouble, leurs parois parurent muqueuses, les vaisseaux légèrement pleins et offrant des vides de distance en distance. Le plexus choroïde du ventricule gauche offrit d'anormal deux petits kystes remplis d'un liquide diaphane qui ne peuvent mieux être comparés qu'à deux grains de groseilles blanches, mais qui n'ont pu causer la mort, non plus qu'une concrétion dure trouvée dans la glande pinéale, concrétion qu'on rencontre très-souvent.

La masse totale du cerveau offre un poids de trois livres onze onces quatre gros et demi. Le cervelet détaché de cette masse cérébrale pesait à lui seul six onces un gros. Il est à regretter que le crâne et le cerveau n'aient pas été moulés. L'œsophage, qui avait été pendant la maladie le siége d'une inaction marquée, ne présenta ni dans ses membranes, ni dans ses muscles, ni dans ses vaisseaux les traces d'aucun désordre organique. Le nerf glosso-pharyngien n'était nullement altéré.

Le pneumo-gastrique fut également examiné et reconnu sain. Les nerfs du plexus brachial furent mis à découvert; on n'y découvrit aucune lésion ni aucune compression.

L'apophyse odontoïde de la vertèbre *axis* était très-volumineuse; la troisième vertèbre cervicale, ainsi que plusieurs vertèbres dorsales, présentaient des exubérances osseuses à leurs parties antérieures qui les joignaient les unes aux autres. Cela explique la grande difficulté que M. Cuvier éprouvait pour ramasser quelque chose à terre, ce qu'il évitait dans la crainte d'une attaque d'apoplexie.

La poitrine ouverte présente une très-grande quantité de graisse au médiastin. Le poumon droit est sain et normal; cependant un très-petit tubercule se fait sentir à la pression au lobe moyen; il est pré-

sumable que c'est le résultat d'une ancienne cicatrice. Le poumon gauche présente pour toute lésion une légère zône phlogosée à la partie la plus déclive du lobe inférieur. Le péricarde ouvert ne présente rien de lésé, mais le cœur examiné est d'un volume assez développé; il est vide, flasque, mou, et tirant sur le blond.

Les résultats de cette autopsie cadavérique n'ont point été conformes à ce qu'on avait présumé devoir trouver. Les symptômes de dysphagie et de paralysie observés pendant la maladie avaient été attribués à quelque lésion ou compression de la partie supérieure de la moelle rachidienne. La dissection la plus attentive n'a rien fait découvrir qui pût expliquer ces phénomènes. Quelques personnes pensèrent que l'influence épidémique à laquelle est dû le choléra pouvait bien avoir eu quelque part dans le développement de cette maladie extraordinaire : mais cette supposition, quelque probabilité qu'on lui reconnaisse, est exprimée trop vaguement pour avancer la question : pendant l'épidémie de choléra qui a régné dans la capitale, on a bien observé des symptômes nerveux assez extraordinaires, mais pas d'aussi circonscrits, d'aussi partiels, que nous sachions.

Il est presque inutile de rappeler ce que les sciences physiologiques et naturelles doivent à Cuvier et ce qu'elles pouvaient en espérer encore; les *Leçons d'anatomie comparée*, les *Recherches sur les ossemens fossiles*, *l'Histoire naturelle des poissons*, sont connues de tous ceux qui cultivent ces sciences. Si nous voulions exprimer un jugement sur cet homme célèbre, nous ne pourrions mieux faire que de reproduire celui qui termine une notice très-remarquable insérée dans un journal politique par un médecin littérateur des plus distingués. Cuvier, dit le docteur L. P.***, dans le *National* du 16 mai, « Cuvier était un vaste et grand esprit, plutôt qu'un génie transcendant. Son intelligence était plus critique que dogmatique. Comme dans toutes les têtes encyclopédiques, il y avait dans la sienne du penchant au scepticisme. Son esprit était clair, rapide, exact au dernier point, mais peu hardi. La hardiesse d'esprit se confond toujours, en effet, avec celle du caractère, et Cuvier était faible; aussi il y a dans toute sa doctrine et dans l'exposition qu'il en a faite quelque chose de retenu, et un goût de positif qui tenait autant à la nature de son esprit qu'au génie philosophique français de son époque. Observateur infatigable et sagace, doué d'une mémoire prodigieuse et d'une capacité de travail que la nature dispense rarement à un tel degré, il a exécuté un nombre immense de travaux. Universel à la manière de tous les esprits supérieurs, il savait de tout suffisamment pour rendre sa spécialité plus complète. Comme écrivain, il ne mérite pas tous les éloges qu'on lui a donnés; il a peu d'originalité et de grandeur; mais il a les qualités de la pensée; il est

lucide, élégant, sensé, net et précis. Il décrit non en peintre, mais en anatomiste; il discute habilement, mais avec sécheresse et froideur; il raconte en chroniqueur plutôt qu'en historien philosophe. Il lui a manqué, pour être tout-à-fait supérieur, le secours d'un grand mobile: car il n'avait pas même cette passion philosophique pour l'étude de la nature, qui n'est que la passion de la vérité; il n'avait qu'un goût très-prononcé, favorisé par une aptitude originelle pour les sciences qu'il a spécialement cultivées. »

Malgré ces remarques qui pourront paraître sévères, mais qui nous semblent généralement justes, ajoutons avec le même critique, que Cuvier sera compté parmi les hommes qui ont le plus honoré l'esprit humain dans le XIX.e siècle, et en particulier la France.

Cuvier était né le 25 août 1769, à Montbéliard, et mourut par conséquent à l'âge de 63 ans.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur le choléra-morbus, faites au Collège de France, par M. F. Magendie; *revues par le professeur, recueillies et publiées avec son autorisation. Paris*, 1832, *in*-8.° *Le cours complet se composera de huit leçons environ, qui réunies formeront un vol. in*-8.° *de seize feuilles. Prix*, 5 *fr. Chez Méquignon-Marvis.*

Les deux premières leçons du cours de notre célèbre physiologiste nous sont seules parvenues encore; mais nous pouvons déjà augurer que lorsqu'elles seront complètes elle formeront l'une des études les plus solides qui aient été faites sur le choléra, sur cette maladie extraordinaire qui a été le sujet de tant de vaines théories. L'esprit expérimental que l'on connait au professeur garantit d'avance que ses recherches seront faites d'après cette méthode qui seule peut conduire à des résultats exacts. Nous analyserons ces leçons aussitôt qu'elles seront terminées.

Etude du choléra-morbus en Angleterre et en Ecosse, pendant les mois de janvier et de février 1832, *par le professeur* Delpech. *Paris*, 1832. *In*-8.°, *pp.* 287. *Prix*, 4 *fr. Chez Baillière.*

On connait assez généralement les opinions de M. Delpech sur les causes prochaines et le mode de propagation du choléra. L'élocution abondante du célèbre professeur en a suffisamment transmis les développemens aux diverses sociétés et réunions médicales de Paris et des

départemens. Les différens journaux et le nôtre même ont indiqué ces opinions de M. Delpech sur l'inflammation de la partie centrale du systême nerveux ganglionnaire dans le choléra, et sur la propriété contagieuse de cette maladie. Ces idées n'ont pas fait fortune, et le livre que nous annonçons ici, destiné principalement à les appuyer, n'aura probablement guère plus d'influence depuis que nous avons pu juger par nous mêmes la maladie à laquelle il est consacré. Quoi qu'il en soit, on lira avec intérêt l'ouvrage de M. Delpech: bien que composé dans un esprit peu sévère, il est écrit avec rapidité, avec une sorte de verve qu'on doit attribuer à une forte conviction, et il contient des faits intéressans. La première partie, surtout, celle qui concerne le journal du voyage de M. Delpech, peut être consultée avec fruit, mais doit l'être avec défiance, à cause de la préoccupation de l'esprit de l'auteur, qui voit dans les faits les plus insignifians des preuves de contagion, et qui ne craint pas toujours d'appeler à son aide les suppositions. La seconde partie est consacrée à des considérations générales sur le choléra, et ne présente rien qui puisse paraître nouveau aujourd'hui, soit pour les faits qui y sont rappelés, soit pour les idées théoriques qui y surabondent.

Du choléra-morbus de Paris, ou guide des praticiens dans la connaissance et le traitement de cette maladie, contenant l'histoire abrégée de l'épidémie, la symptomatologie, l'exposé des lésions cadavériques et les diverses méthodes de traitement adoptées par les médecins des hôpitaux de Paris, et les principaux médecins français et étrangers; par le docteur Fabre. Paris, 1832, in-12, pp. 168, chez Germer Baillière.

L'auteur de cette brochure ayant, dès le commencement de l'épidémie, recueilli des matériaux cliniques pour alimenter le journal qu'il rédige (*la Lancette française*), vient de les encadrer avec d'autres dans un corps d'ouvrage sous le titre placé en tête de cet article. Il y a joint un esquisse historique de l'épidémie de Paris, une bonne description de la maladie, et un article étendu sur le pronostic qu'on doit en porter.

Tout ce qui concerne le traitement dans cet opuscule ne laisse plus à désirer que la partie graphique, puisqu'il n'offre qu'une exposition pure et simple des divers moyens employés par les médecins des hôpitaux de Paris, qui, comme on sait, ont beaucoup différé d'opinion et de médications concernant cette terrible épidémie, qui les a, en quelque sorte, pris au dépourvu. Au reste, ce n'est pas la faute de l'auteur puisque cette partie de son travail est historique.

M. Fabre fait aussi connaître quelques traitemens adoptés par des médecins étrangers contre le choléra.

Tels sont ceux des praticiens d'Allemagne, de Varsovie, de Russie, et en particulier les méthodes de Léo, de Drant, de Vienne, par l'ipéeacuanha, de Friese, par l'émétique, etc.

Au total, si on ne trouve pas dans le guide de M. Fabre des médications pratiques bien déterminées, bien sûres et bien positives, on est dédommagé par la grande variété des moyens qu'il renferme ; et il est de toute justice de dire, en terminant cette annonce, que tout ce que l'auteur y a mis de son propre fonds est digne d'éloge.

BRICHETEAU.

Annals of sir Patrick Dun's hospital; *Annales de l'hôpital de sir Patrick Dun*, *N.° I*, *pour l'année finissant le* 5 *janvier* 1831. *Br. in-12*, *pp.* 71. *Dublin*, 1831.

Ce petit ouvrage se divise en deux parties bien distinctes : la première contient une notice biographique sur sir Patriek Dun, un extrait de son testament, une histoire de l'Hôpital depuis sa fondation en 1808 jusqu'à l'époque actuelle, un compte rendu des ressources de cet établissement, et un état de la situation de ses fonds au mois de janvier 1831. La seconde comprend un rapport médical adressé aux administrateurs de cet hôpital par le docteur Jonathau Osbome, l'un des médecins de l'établissement. Il résulte do l'examen des registres, que depuis sa fondation 7597 malades y ont été admis. La mortalité, en prenant une période de dix ans, du 5 janvier 1820 à même jour 1830, a été de 565 sur 4326 malades, c'est-à-dire de 1 sur $7\frac{3}{5}$. Le nombre des malades admis pendant l'année 1830 a été de 815. Sur ce nombre, 460 ont été traités par le docteur Osbome; 413 sont sortis guéris ou soulagés, et 47 sont morts, ce qui donne une proportion de 1 sur $9\frac{37}{47}$. L'auteur présente ensuite le tablean des maladies dont ces 460 individus étaient affectés, et il joint à la suite des observations sur celles qui ont été les plus fréquentes ou qui ont offert quelque chose de remarquable. C'est ainsi qu'il rapporte cinq cas de cette espèce d'hydropisie dépendante d'une affection chronique des reins, dans laquelle l'urine très-albumiueuse est coagulable par la chaleur, ct dont nous avons parlé dans le tome XXIV.ᵉ de ce Journal. L'opuscule du docteur Osbome est terminé par un recueil des formules employées habituellement dans cet hôpital. Ces formules sont simples, élégantes, et nous paraissent bien entendues. Nous avons remarqué la suivante :

Exema nitratis argenti :

℞ *Nitratis argenti*.................... gr. xvj ;
Aquæ distillatæ.... .... ℥ viij.
M.

Nous regrettons que l'auteur n'ait indiqué nulle part les cas dans lesquels on l'emploie.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUIN 1832.

Observations pour servir à l'histoire des maladies des reins ; par DANCE (1).

Quoique ces observations soient peu nombreuses et ne contiennent en général rien de nouveau, nous avons cru devoir les publier, car la connaissance de la plupart des maladies des reins est encore, pour ainsi dire, dans l'enfance (nous n'en exceptons pas même la néphrite), et ce n'est que par la réunion des histoires particulières de ces maladies que l'on peut espérer de jeter quelque jour sur la pathologie des glandes rénales.

On a lieu de s'étonner que cette étude soit restée si long-temps en retard, quand on songe aux nombreuses modifications qu'éprouve la sécrétion urinaire, à la fréquence et à la diversité d'altérations qu'un examen suivi des cadavres fait reconnaître dans l'organisation des reins. Les cinq observations qu'on va lire serviront peut-être à justifier ces réflexions.

Obs. I.re — *Calculs nombreux développés dans l'épais-*

(1) Ces observations ont été trouvées, avec plusieurs autres non moins intéressantes que nous nous proposons de publier successivement, parmi les nombreux manuscrits laissés par notre ami le docteur Dance. (*N. du R.*)

seur des reins ; dilatation des calices et des bassinets avec inflammation et suppuration à leur face interne. —Une jeune fille, âgée de 23 ans, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1824. Elle disait avoir éprouvé, il y a deux ans et demi, une longue maladie qui avait débuté par un pissement de sang accompagné de douleurs fixes et continues dans la région des reins. Peu-à-peu les urines étaient devenues troubles, épaisses, enfin blanchâtres et purulentes. Elle les rendait fréquemment et en petite quantité. Au bout de dix-huit mois, et après l'application d'un grand nombre de sangsues dans la région des reins, la malade parut se rétablir, les douleurs rénales se convertirent en un sentiment de pesanteur habituel, mais supportable; toutefois les urines ne cessèrent de fournir un sédiment puriforme sans mélange de graviers ou de calculs. Enfin, il y a trois semaines, les règles ayant été supprimées brusquement par l'impression du froid, la malade est tombée dans l'état que voici : face altérée, yeux caves, douleurs répandues dans toute la cavité du ventre, augmentant par la pression, mais se faisant sentir principalement dans la région des lombes; bouche amère, soif, envies de vomir, urines blanchâtres rendues avec peine et en petite quantité, pouls fréquent. (30 sangsues à l'anus; tisane de chiendent et de réglisse; émulsion ℥ iv : diète.) Les deux jours suivans on renouvelle l'application des sangsues au nombre de vingt chaque fois; les douleurs abdominales se calment et se concentrent dans la région des deux reins, notamment à gauche. Le 4.e jour, des vomissemens verdâtres abondans surviennent tout-à-coup, le pouls devient petit et faible, la face s'altère profondément, les urines fournissent un dépôt entièrement purulent. (Bain de siège; catapl. sur le ventre.) Le 5.e jour, les vomissemens continuent, le pouls s'efface, les membres se refroidissent, et la mort arrive le 6.e jour au matin.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Léger amaigrissement, faible rigidité cadavérique; organes céphaliques et pectoraux exempts de toute altération, ainsi que les viscères digestifs. Reins environnés d'un pannicule graisseux assez épais, d'un tiers environ plus volumineux que dans l'état naturel, bosselés à leur surface et d'une dureté insolite, mais offrant çà et là quelques points de fluctuation. En incisant ces organes par leur centre, le bistouri a été arrêté mainte et mainte fois dans sa marche par de nombreux calculs nichés dans sa substance, et a donné lieu en même temps à plusieurs jets de pus liquide. Le rein gauche contenait neuf calculs, et le droit en contenait quinze, tous baignés par la matière purulente dont il vient d'être question, et enchâssés dans des espèces de loges tapissées elles-mêmes par une membrane muqueuse d'un rouge foncé. Ces loges n'étaient autre chose que la cavité des bassinets, des calices et de leurs tubes, ou mamelons dilatés outre mesure. Vouloir décrire la forme de tous ces calculs, serait chose impossible, tant cette forme était variée, même pour chacun d'eux. L'un ressemblait à une racine de bistorte par ses contours irréguliers; celle-ci avait une tête et une extrémité pointue analogues à celles d'un clou; un autre présentait des embranchemens rameux comme le bois du cerf; un dernier enfin était tuberculeux à la manière d'un chou-fleur. Tous étaient contigus dans le même rein, et se joignaient par des facettes lisses et variables dans leur configuration. La plus remarquable de ces espèces d'articulations consistait dans la réception d'une tête arrondie dans une cavité, véritable énarthrose qui permettait des mouvemens en tous sens. Le rapprochement de ces calculs, par leurs facettes correspondantes, donnait lieu à une figure bizarre qui rappellait celle qu'affectent certains zoophytes agglomérés; leur couleur était

blanche, jaunâtre, gris cendré; plusieurs couches entraient dans leur composition; l'acide urique et le phosphate ammoniaco-magnésien paraissaient en former la base, si l'on en juge par le simple aspect extérieur. Du reste, la substance propre des reins était dilatée, amincie, mais nullement altérée; les uretères offraient une couleur marbré-noirâtre, et un épaississement contre nature de leur membrane interne. La vessie était petite et raccornie; sa membrane muqueuse épaissie et d'un rouge brun uniforme. Elle contenait une verrée environ de matière purulente épaisse; point de calcul.

La néphrite dont il s'agit ici reconnaît évidemment pour cause la présence de calculs dans l'épaisseur des reins, calculs qui, en grossissant, ont insensiblement dilaté et enflammé la substance de ces organes. Ce n'est point toutefois cette substance qui s'est trouvée essentiellement affectée, mais bien la membrane interne qui tapisse les divers couloirs excréteurs de ces glandes, ensorte que cette affection mériterait plutôt le nom de catarrhe rénal que celui de néphrite; elle n'était d'ailleurs que secondaire ou symptomatique. La maladie s'est annoncée par des phénomènes assez tranchés pour qu'on pût la reconnaître; tels sont les douleurs sourdes et continues fixées dans la région des reins, jointes à l'écoulement habituel d'urines purulentes, phénomènes qui avaient été précédés d'une hématurie. Quant à la cause principale de l'affection (les calculs), on ne pourrait guère en présumer l'existence que d'après la longue persistance des symptômes. On se demande si la forme bizarre qu'affectaient ces calculs est une chose purement éventuelle, ou si elle tient à quelque particularité d'organisation propre aux glandes urinaires. Si l'on se rappelle la disposition variée qu'affectent les couloirs rénaux dans le bassinet, les calices et les tubes de la substance ma-

melonnée, on ne tardera pas à se convaincre que la crystallisation des sels urinaires dans ces mêmes couloirs doit donner naissance à des corps irréguliers, rameux, ou coudés et configurés à la manière des calculs coraliformes.

Obs. II.ᵉ — *Néphrite aiguë parenchymateuse survenue sans cause connue, accompagnée de symptômes généraux ayant l'apparence de ceux qui sont propres aux fièvres intermittentes pernicieuses; mort rapide. Turgescence considérable du rein enflammé, avec suppuration et ramollissement de sa substance; atrophie du rein opposé.* — Un maçon âgé de 35 ans, velu, fort et bien constitué, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 6 juin 1827, éprouvant depuis trois semaines une douleur fixe dans la région lombaire gauche, entre le rebord des côtes et la crête iliaque du même côté; cette douleur était survenue spontanément, précédée toutefois, d'après le rapport du malade, d'une enflure œdémateuse aux extrémités inférieures, enflure dont il n'existait plus de trace. Il était dans l'état suivant: outre la douleur lombaire qui était des plus vives et augmentait par la pression, il y avait une rénitence et un gonflement particulier dans cette région; tout autour les parois de l'abdomen étaient tendues de manière à empêcher l'exploration exacte des parties situées profondément; la face exprimait l'anxiété la plus grande, le pouls était fréquent et peu développé, la peau chaude, la langue naturelle. (Saignée de quatre palettes qui s'est recouverte d'une couenne épaisse.) Le lendemain, même état de souffrance et d'anxiété; en outre, rougeur et sécheresse de la langue, douleur lombaire se propageant jusqu'à l'épigastre, urines rendues fréquemment et en petite quantité. Du reste, point de nausées ou de vomissemens, point de douleur ou de rétraction du testicule gauche, point d'engourdissement dans l'aine du même côté; symptômes dont nous mentionnons l'absence, parce que la maladie

fut considérée comme une néphrite. Deux saignées copieuses sont pratiquées dans le cours de la journée ; elles fournissent un sang riche en fibrine et recouvert de couenne. Le 3.e jour au matin, frissonnemens, horripilation, veines sous-cutanées peu apparentes; le malade cherche à se réchauffer en se roulant dans les couvertures et se ramassant sur lui-même ; respiration précipitée, anxieuse; pouls petit, serré, fréquent; urines troubles et peu abondantes; douleur vive et profonde se faisant toujours sentir dans la région lombaire gauche. (4.e saignée; cataplasme; tisane de chiendent et de réglisse.) Au soir, diminution de la fièvre et de l'anxiété. Le 4.e jour au matin, frisson et horripilation, anxiété portée au dernier degré, langue sèche et croûteuse. Au soir, rémission, calme dans le pouls et autres phénomènes fébriles, mais persistance de la douleur épigastrique et lombaire, résistance insolite perçue dans cette dernière région qui semble augmentée de volume. Le 5.e jour, à trois heures du matin, nouvelle exacerbation fébrile, mais sans frisson préliminaire; respiration haletante, parole entrecoupée, pouls fréquent et dur, urines de couleur noirâtre, ressemblant à une décoction de brou de noix, présentant un petit sédiment blanchâtre. (5.e saignée, couenneuse comme les précédentes.) Le 6.e jour, symptômes discordans, tandis que la peau est fraîche au toucher, et le pouls petit, mais sans fréquence contre-nature; la face est horriblement décomposée, la respiration inégale, anxieuse et soufflante, comme si le malade cherchait à débarrasser sa poitrine de l'air qu'elle contient, par de fortes expirations. Du reste, les mêmes douleurs se font sentir à l'épigastre et dans la région lombaire gauche. (Bain dans lequel le malade se trouve plus mal, sa respiration devenant plus embarrassée). Le 7.e jour, même anxiété dans la respiration, et de plus, refroidissement

de toute la surface du corps, porté à tel point que la main est désagréablement affectée par son contact avec la peau du malade ; expression profonde de douleur, d'abattement et d'angoisse dans la physionomie, renversement du cou en arrière, jactitation, roideur et par fois mouvemens convulsifs dans les membres, obtusion et affaissement des facultés intellectuelles, pouls inégal, filiforme et à 70 pulsations par minute seulement. La marche rapide de cette maladie, ses exacerbations par accès quotidiens, précédés de frissons comme dans les fièvres intermittentes, l'inefficacité des antiphlogistiques, ont motivé la prescription suivante : (lavement avec gr. x sulfate de quinine, xv gr. de la même substance à prendre par la bouche, potion avec décoct. de polygala ℥iv, et acétate d'ammoniaque ʒß.) Une heure après la visite, le pouls était insensible, la respiration ne se faisait qu'à de longs intervalles, un froid cadavérique s'était emparé de la surface du corps ; enfin le malade a succombé avant qu'on ait eu le temps de mettre à exécution la prescription précédente.

Ouverture du cadavre le lendemain. — Forte rigidité cadavérique, aucune trace d'amaigrissement. — *Tête.* Infiltration sous-arachnoïdienne abondante d'une lymphe séreuse déposée dans le tissu de la pie-mère; quelques ponctuations rouges dans la substance cérébrale, trois à quatre cuillerées de sérosité transparente dans les ventricules et à l'entrée du tube rachidien; d'ailleurs, aucune lésion fondamentale. — *Poitrine.* Poumons fortement engoués par une sérosité spumeuse, principalement vers leur bord postérieur, exempts du reste de toute altération; cœur dans l'état naturel. — *Abdomen.* Membrane muqueuse de l'estomac d'une couleur ardoisée, s'enlevant facilement par le grattage, d'une faible consistance, et recouverte d'une couche épaisse de mucus tenace ; val-

vules conniventes de l'intestin grêle, saillantes et un peu boursoufllées, teintes en jaune par la matière colorante de la bile; glandes de Peyer distinctes, non par leur saillie, mais par une multitude de points noirs et confluens dessinant des espaces ovalaires comme ces glandes; d'ailleurs aucune ulcération dans toute l'étendue des voies digestives. — *Système urinaire.* Rein gauche quadruplé de volume, formant une tumeur solide dont le poids était en raison de la masse, et la forme analogue à celle de l'organe qu'elle représentait, s'étendant de la concavité du diaphragme jusqu'à la crête iliaque. Pus liquide et blanchâtre ramassé en un petit foyer au sommet du rein, entre sa membrane propre qui se décollait avec la plus grande facilité, et la substance corticale dont la couleur était d'un rouge-brun livide. En outre, abcès nombreux de la grandeur d'un pois à celle d'une aveline, éparpillés dans tout le parenchyme rénal, mais principalement à la superficie, et contenant un pus blanchâtre, inodore, en partie ramassé en foyer, en partie infiltré. Autour de ces foyers, ramollissement et détritus floconneux de la substance de l'organe; plus loin, infiltration purulente sans collection, mais avec ramollissement et friabilité, comme il arrive dans un poumon hépatisé au troisième degré; ailleurs enfin, couleur rouge-brune nuancée par quelques points blanchâtres de suppuration. Ces traces profondes d'inflammation existaient spécialement dans la substance corticale. Le bassinet avait du reste une ampleur ordinaire; il ne contenait ni calculs ni matière purulente; ses parois étaient saines. L'uretère gauche n'offrait rien autre de particulier qu'un peu de maigreur à sa face interne. Rein droit atrophié, d'un tissu ferme et résistant, égalant à peine le volume d'un œuf de poule, présentant à sa surface des bosselures et des inégalités qui rappelaient la conformation de cet organe dans l'âge fœtal.

Bassinet et uretère du même côté perméables et sains dans toute leur étendue. Vessie ramassée sur elle-même, formant à l'intérieur des colonnes saillantes, à moitié remplies par de l'urine trouble qui tenait en suspension des flocons muciformes semblables à des écailles de son; injection et couleur noirâtre partielle de la membrane muqueuse de cet organe, sans épaississement ni ramollissement; uretère dans l'état naturel.

Cette inflammation de l'un des reins, que l'on peut appeler à bon droit parenchymateuse et en même temps phlegmoneuse, diffère de la néphrite ordinaire, en ce que c'était la substance propre du rein qui était intéressée, et non pas seulement la membrane muqueuse qui tapisse les conduits excréteurs de ce viscère, comme nous l'avons vu précédemment; c'était donc une néphrite par excellence dont les symptômes et la marche sont présentés avec des caractères qu'on n'observe point dans la variété en quelque sorte catarrhale de cette affection. En effet, à part la douleur dont le siège correspondait à celui de l'organe affecté, et dont la violence était en rapport avec l'intensité de l'inflammation, les autres symptômes ont été tellement insolites pour le genre de maladie dont il s'agissait, que l'on a pu croire un moment à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse dont chaque accès a été marqué par un redoublement extrême dans les symptômes. Tout le mal cependant existait dans le rein droit qui s'est trouvé horriblement désorganisé; sa substance était ramollie, infiltrée de pus ou parsemée d'abcès, et son volume considérablement accru. Si d'autres viscères, tels que l'estomac, ont offert en même temps quelques altérations, on ne peut les regarder que comme secondaires, eu égard à leur degré et à l'époque présumée de leur formation. Remarquons du reste que cette violente néphrite est survenue sans cause apparente, et n'a point

succédé à la présence de calculs ou d'autres corps étrangers, développés au milieu du parenchyme rénal, comme on l'observe fréquemment ; peut-être l'atrophie remarquable que présentait en même temps le rein gauche, en forçant son congénère à redoubler d'action pour suppléer au besoin de la dépuration urinaire, a-t-elle favorisé le développement de cette inflammation. Quoi qu'il en soit, la marche de cette maladie a été si violente et si rapide, que le traitement antiphlogistique le plus énergique (cinq saignées copieuses) s'est montré complètement inefficace.

Obs. III.[e] — *Ramollissement jaune intéressant la substance corticale des deux reins dont le volume était augmenté; lésion accompagnée d'une grande rareté dans les urines et d'une hydropisie générale.* — Le 1.[er] juillet 1831, fut reçue à l'hôpital Cochin, une femme nommée Bouchard, polisseuse en acier, âgée de 32 ans. Elle disait n'être tombée malade que depuis six semaines ; et sa maladie consistait en une enflure œdémateuse qui, des extrémités inférieures, s'était insensiblement étendue au tronc et à l'abdomen en particulier, dont le volume était considérablement augmenté. Cependant, en l'interrogeant avec soin, nous apprîmes qu'avant ces six semaines, elle avait resté trois mois à l'hôpital de la Charité, pour cette même hydropisie dont elle avait été débarrassée à l'aide de bains fumigatoires préparés avec la vapeur du genièvre; mais cette guérison ne s'était soutenue que peu de temps. En remontant ainsi de circonstances en circonstances, nous parvînmes enfin à savoir qu'il y avait près de dix-huit mois que cette hydropisie s'était manifestée pour la première fois. La malade ne savait, du reste, à quelle cause attribuer l'origine de son mal, et nous mêmes nous ne trouvâmes, dans l'examen de sa personne, rien qui pût nous instruire positivement sur la cause de cette hydropisie, comme on va le voir. Nous constatâmes, en effet, une

œdématie considérable des membres inférieurs dont l'enflure était pâteuse, molle, et conservait profondément l'impression du doigt; il y avait une infiltration analogue des parois de l'abdomen, dont la cavité était distendue par un liquide abondant; mais le cœur, qu'on aurait pu regarder comme la source première du mal, à raison de la marche ascendante de l'hydropisie, donnait à l'auscultation des battemens tout-à-fait naturels; il n'y avait jamais eu de palpitations, d'étouffemens ou d'autres phénomènes ayant trait à une affection de ce viscère; la face était pâle, blafarde et non vultueuse; le décubitus horizontal était le plus habituel. Du côté du foie, le toucher ne faisait percevoir rien de contre-nature; la percussion pratiquée autour de ce viscère, n'indiquait aucun engorgement de sa substance. Toutefois la malade se plaignait d'une douleur sourde occupant l'hypochondre droit: douleur qui, depuis, s'est fait sentir assez constamment, ensorte que nous restâmes en doute si le foie n'avait pas quelque part à la maladie. C'est, du reste, la seule souffrance ou plutôt le seul malaise que la malade ait accusé, pendant tout le temps qui s'est écoulé jusqu'à la mort. D'ailleurs, les urines étaient rares et extrêmement peu abondantes, la soif médiocre, la chaleur de la peau naturelle, le pouls petit mais sans fréquence, l'appétit presque nul, le sommeil léger et fréquemment interrompu.

Quelques boissons légèrement nitrées furent employées, mais sans aucun soulagement. Les jours suivans, un dévoiement assez abondant se manifesta, précédé et accompagné de coliques; la langue devint un peu rouge et sèche (Décoct. blanche, lavement pavot, 10 sangsues à l'anus). Notons ici que cette malade avait depuis longtemps un écoulement blanchâtre et puriforme par l'anus; il resta douteux si cet écoulement tenait à une cause syphilitique, ses réponses n'ayant rien appris à cet égard.

Vers la fin du mois, l'hydropisie avait augmenté et gagné les membres supérieurs, ainsi que les parois thorachiques; enfin, la malade a succombé tout-à coup, le 4 août, à cinq heures du matin. A la visite de la veille, elle n'avait rien présenté de particulier qui pût faire présumer une fin si brusque et si prochaine. Redisons que cette malade ne s'est jamais plaint de soif contre-nature; elle buvait même très-peu; un seul pot de tisane suffisait et au-delà pour les besoins de la journée; ses urines étaient infiniment peu abondantes et assez limpides; elle n'en rendait que quelques onces dans les vingt-quatre heures. Jamais elle n'a eu de fièvre à proprement parler; par fois, seulement, son pouls offrait un peu de fréquence; sa peau, du reste, ne présentait ni sécheresse, ni aridité, comme il arrive ordinairement dans l'hydropisie, mais elle était partout blafarde et décolorée.

Ouverture du cadavre au bout de 28 heures. — A l'extérieur, œdématie des membres et des parois du tronc telle que nous l'avons indiqué, constituée par l'infiltration d'un liquide purement séreux dans les mailles du tissu cellulaire. Chaque incision pratiquée dans ce tissu fournissait en quelque sorte un ruisseau de liquide. La tête n'a point été ouverte. Dans la poitrine, les poumons étaient parfaitement sains, presque libres de toute adhérence; mais chaque plèvre contenait une demi-pinte environ de sérosité claire et transparente. Le cœur avait un volume naturel; une conformation régulière; il offrait une forte proportion entre l'épaisseur de ses parois et l'ampleur de ses cavités dont les orifices étaient parfaitement libres. Son tissu, pâle et un peu décoloré, avait néanmoins une bonne consistance. Dans le ventricule droit existait un caillot fibrineux du volume d'un œuf, mou et presque entièrement décoloré.

Abdomen. — Plusieurs pintes de sérosité transparente

étaient contenues dans la cavité du péritoine, lequel n'offrait pour toute altération qu'une teinte opaline un peu blanchâtre; l'estomac était pointillé de rouge vers son tiers cardiaque et à la fin de l'œsophage, où s'est trouvé un peu de mucus sanguinolent exsudé à sa surface; mais partout ailleurs ce viscère offrait une coloration naturelle. Les intestins étaient exempts de toute altération, (rougeur, épaississement, ramollissement ou ulcérations), en quelque point qu'on les examinât, vers la valvule cœcale comme ailleurs; leurs parois étaient même plus pâles que dans l'état naturel; ils contenaient une assez grande quantité de liquide non coloré par la bile et presque séreux comme celui du péritoine. A la fin du rectum et dans trois pouces de hauteur, on voyait un assez bon nombre de petites ulcérations parsemées sur un fond ardoisé de la membrane muqueuse avec induration du tissu-cellulaire ambiant; altérations qui expliquent l'écoulement purulent qui avait lieu par l'anus. Du reste, le foie avait un volume et une consistance ordinaires; sa couleur tournait un peu au jaune comme le foie des phthisiques, et l'on remarquait dans son épaisseur quelques granulations plus résistantes que dans l'état naturel; mais cette altération était rare et partielle. Du reste, la vésicule biliaire était distendue par une bile épaisse et verdâtre; la rate était volumineuse et d'une bonne consistance; l'utérus petit, d'un blanc très-pâle dans son tissu; la vessie extrêmement étroite et également pâle à l'intérieur; elle ne contenait pas une seule goutte d'urine. Plusieurs vaisseaux sanguins ont été ouverts et notamment les veines caves, crurales et la veine porte; leur canal était partout perméable.

Altération principale. — Les deux reins, débarrassés de la graisse qui les entourait, offraient un volume d'un quart à un tiers plus considérable que dans l'état naturel, et en même temps une mollesse qui se faisait sen-

tir dès qu'on les saisissait entre les doigts. Leur couleur approchait de celle de la cire jaune; toutefois la nuance était un peu plus pâle et entremêlée çà et là de quelques veinures rouges. Leur membrane propre se décollait avec la plus grande facilité, comme si elle eût perdu toute adhérence avec la substance corticale; les reins ainsi dépouillés, la couleur jaune de cette substance est devenue plus tranchée sans cependant changer d'aspect. Les ayant incisés par moitié de leur bord convexe à la scissure, nous remarquâmes très-distinctement que cette couleur n'atteignait que la substance corticale et en suivait exactement les contours et les prolongemens; ainsi elle régnait dans toute la périphérie des reins, dans une épaisseur de trois à quatre lignes, et d'espaces en espaces réguliers, on la voyait s'enfoncer profondément entre les faisceaux rayonnés de la substance tubuleuse qui, conservant sa couleur naturelle, devenait par cela même beaucoup plus apparente. Du mélange et de l'interposition de ces couleurs rouge et jaune résultait, sur la coupe faite aux reins, un aspect bigarré assez singulier. Mais voici qui prouve mieux encore la démarcation tranchée qui existait entre l'altération de l'une de ces substances et l'état sain de l'autre : si l'on pressait le rein, même modérément, le doigt ne tardait pas à s'enfoncer dans son épaisseur et à réduire son parenchyme en une bouillie ou pulpe jaunâtre aussi diffluente que celle dans laquelle se convertit le tissu pulmonaire infiltré de pus; mais cet effet n'avait lieu que sur la substance corticale, car la tubuleuse ne cédait point à la pression et se conservait dans son état naturel. Il est résulté de là qu'en grattant avec le doigt et soumettant au lavage l'extérieur du rein, on finissait par isoler entièrement la substance tubuleuse, l'autre substance s'écoulant peu-à-peu avec le flot du liquide. Du reste, les altérations dont nous venons de parler étaient aussi marquées dans

l'un des reins que dans l'autre, et à l'extérieur de la substance corticale que dans ses prolongemens centraux. Les calices, les bassinets et les uretères n'offraient rien de particulier.

L'observation que nous venons de rapporter est un exemple de cette espèce d'hydropisie succèdant à une altération organique des reins sur laquelle MM. Bright et Christison viennent d'appeller l'attention dans des travaux remarquables dont ce journal a dernièrement rendu compte (1). L'hydropisie était en effet sous la dépendance de la maladie des reins, car ce sont les seuls organes qui aient été trouvés altérés, parmi ceux qui ont coutume de donner lieu aux hydropisies : le cœur, le foie et les gros vaisseaux sanguins étaient, comme nous l'avons vu, dans l'état naturel. Cette altération des reins offrait cela de remarquable qu'elle intéressait particulièrement la substance glandulaire et vraiment sécrétante de ces viscères, et avait respecté, malgré leur rapprochement, la substance tubuleuse qui ne sert en quelque sorte, que de moyen d'excrétion. On conçoit dès lors comment l'hydropisie a dû être la conséquence d'un pareil état ; car la dépuration urinaire s'est trouvée viciée, diminuée ou entièrement arrêtée dans sa source même ; et les fluides qu'elle doit entraîner au dehors, n'ayant plus leur débouché accoutumé, se sont épanchés dans les cavités séreuses et le tissu cellulaire : les auteurs que nous venons de citer ont fait, au sujet de cette espèce d'hydropisie, des remarques délicates et intéressantes que nous n'avons point été à même de vérifier, mais qui prouvent bien que la maladie procède d'un vice et d'un arrêt dans la sécrétion rénale : telle est en particulier la présence de l'al-

(1) Cahiers d'août, octobre et novembre 1830. Nous donnerons plus loin, ou du moins dans le Numéro prochain, la suite de ces recherches.

bumine dans les urines que M. Bright regarde comme le signe pathognomonique de cette affection, et la présence, même en quantité considérable, de l'urée dans le sang que M. Christison a constatée plusieurs fois. Cette hydropisie d'ailleurs nous a paru différer des autres maladies de la même espèce, mais qui tiennent à une autre cause, en ce que les urines sont extrêmement peu abondantes, et d'autant moins que la maladie a duré plus longtemps; car les reins, s'altérant de plus en plus, finissent par se refuser presque entièrement à toute sécrétion; et en ce que la soif est en même temps très peu considérable, ne constitue point un besoin et n'est point en rapport avec l'accroissement de l'hydropisie comme on le remarque ordinairement. Peut-être est-ce par suite d'un instinct en vertu duquel le malade refuse de fournir des matériaux à une sécrétion languissante et qui ne peut s'opérer qu'incomplètement. En effet la désorganisation qu'avaient subie les reins, dans le cas dont nous parlons, était telle que toute fonction de leur part devait être presque entièrement abolie.

Quelle est actuellement la nature de cette désorganisation et quels sont les symptômes qu'on peut lui rapporter? D'après la tendance que l'on a de nos jours à regarder toute espèce de ramollissement comme le résultat d'une inflammation, on serait porté à ne voir dans le ramollissement jaune qu'ont présenté les reins, que les effets d'une néphrite chronique. Remarquons cependant que l'altération dont nous parlons ou les altérations analogues ont presque toujours été vues occupant les deux reins en même temps, et qu'en particulier, dans l'exemple que nous avons cité, la lésion était exactement la même quant à la forme et au degré dans l'un et l'autre de ces organes. Or, l'inflammation n'est pas aussi uniforme dans ses résultats et l'on ne voit pas pourquoi, si ce n'était là que de l'inflam-

mation, un des reins ne serait point malade en l'absence de l'autre, comme on le remarque assez souvent dans la véritable néphrite. Nous n'arguerons point, contre la nature inflammatoire de la maladie, le manque total de douleur ou de tout autre symptôme se rapportant directement à l'affection des reins; car il n'en est pas toujours ainsi, au rapport de MM. Bright et Christison; le plus souvent même ces auteurs ont observé des douleurs sourdes dans la région des reins, précédées quelquefois d'hématurie; ces symptômes nous ont manqué entièrement, et à cet égard nous ferons remarquer combien il eût été facile de se méprendre sur ce caractère de l'hydropisie, qu'on eût infailliblement regardée comme *essentielle*, si l'on eût négligé sur le cadavre d'examiner l'état des reins vers lesquels cependant aucun phénomène n'avait appelé l'attention du vivant de la malade.

Obs. IV.ᵉ — *Rétrécissement et oblitération de l'un des uretères tout près de son insertion à la vessie; dilatation considérable de la portion supérieure de ce canal et conversion du rein en un kyste énorme à plusieurs loges incomplètes, remplies de matière purulente.* — Un imprimeur, âgé de 73 ans, fut apporté à l'Hôtel-Dieu (mois de mai 1829), dans un état extrêmement grave : il parlait avec lenteur et embarras et ne savait dire où il souffrait, ni depuis quand il était tombé malade. En palpant le ventre, nous reconnûmes une grosse tumeur située dans l'hypochondre gauche et s'étendant du rebord des côtes jusqu'au voisinage de la crête iliaque; le malade ne put nous fournir également aucun renseignement à l'égard de cette tumeur. Au troisième jour, il fut pris d'un accès épileptiforme avec mouvemens convulsifs des muscles du tronc et de la face; cet accès dura un quart d'heure; le lendemain il succomba tout-à-coup à l'issue d'un nouvel accès semblable au précédent. Il y avait, à

la surface de chaque lobe du cervelet, un ramollissement jaunâtre et pulpeux de la substance de cet organe, ramollissement qui s'étendait à deux ou trois lignes de profondeur sur quatre à cinq en largeur; dans ces deux points l'extérieur du cervelet paraissait déprimé, comme si on eût enfoncé le doigt dans sa substance. La tumeur de l'abdomen était constituée par le rein gauche qui présentait les particularités suivantes : cet organe, distendu en forme de kyste par une tumeur dont on sentait facilement la fluctuation, s'étendait de la concavité du diaphragme jusques dans la fosse iliaque gauche; une ponction pratiquée dans son épaisseur a donné lieu aussitôt à l'écoulement de trois pintes environ d'un véritable pus épais, verdâtre et presque sans odeur. Cette matière était contenue, non dans une poche unique, mais dans différentes loges séparées, par des cloisons incomplètes et qui nous ont paru constituées par la dilatation, non-seulement du bassinet, mais encore des calices et des canaux de la substance tubuleuse, car toutes ces loges étaient tapissées par une membrane muqueuse partout continue. Les parois de ce vaste kyste avaient une épaisseur qui variait de une à trois lignes, on y retrouvait encore les vestiges de la substance corticale; débarrassé de la matière qu'il contenait, il ne s'est trouvé dans son intérieur aucun calcul ou autre corps étranger; sa surface était tapissée d'un couche épaisse de pus condensé presque en fausse membrane; au-dessous était une membrane muqueuse rouge et épaissie. L'uretère prenait naissance au côté interne de cette tumeur et ressemblait au gros intestin, tant son volume était considérable; sa partie supérieure faisait partie de la poche et n'en était point distincte, ce qui le faisait paraître moins long que dans l'état naturel; ses parois offraient une épaisseur et une résistance insolites, elles étaient comme fibreuses; à un demi-pouce avant de

pénétrer dans la vessie, ce canal reprenait subitement ses dimensions et se trouvait converti en un cordon fibreux et dur, non perforé dans son centre. En effet, en cherchant à introduire un stylet, soit par la fin de l'uretère, soit par son orifice vésical, il nous a été impossible de lui faire franchir cet obstacle. Du reste, la vessie avait des dimensions ordinaires, ses membranes étaient exemptes d'altération, elle ne contenait que de l'urine sans trace de matière purulente. Quant au rein droit, il avait doublé de volume, sa chair était ferme et d'un beau rouge; on voyait qu'il avait été le siège d'une hypertrophie active.

Quoique cette observation manque de détails sous le rapport des symptômes, et se présente d'ailleurs sous un double point de vue, en tant qu'elle concerne deux affections différentes, le ramollissement du cervelet et la suppuration du rein, nous avons cru devoir la faire figurer parmi les faits de maladies qui intéressent ce dernier organe, à raison de la singularité de la lésion dont il était le siège.

Ce n'est pas que la conversion du tissu rénal en une sorte de vomique purulente, soit une chose rare; mais le plus souvent la dilatation qu'éprouve alors ce tissu est uniforme et ne convertit point ce viscère en autant de poches qu'il y a de couloirs spéciaux destinés à l'excrétion de l'urine. Peut-être trouverons-nous la raison de cette différence dans la manière dont s'est produit cet amas de pus au milieu du rein? Il nous paraît très-probable en effet que la maladie a commencé par le rétrécissement et l'oblitération de l'uretère (lésion qui est elle-même fort remarquable; que, par suite, les urines, stagnant au-dessus de l'obstacle et continuant à être sécrétées, ont distendu progressivement toutes les parties dans lesquelles se fait une filtration urineuse; qu'enfin à la dis-

tension a succédé l'inflammation et la formation de pus. L'oblitération de l'uretère étant complète a rendu impossible tout écoulement de pus dans la vessie et au dehors, ce qui explique l'énorme développement qu'avait subi le tissu du rein. Reconnaissons du reste que cette affection n'a point été la cause immédiate de la mort; le sujet paraît même l'avoir supportée pendant long-temps sans beaucoup de détriment; car l'hypertrophie considérable qu'avait subie le rein droit indique une maladie d'une date ancienne. Cette hypertrophie supplémentaire n'est d'ailleurs si remarquable dans les reins, que parce que ces organes remplissant des fonctions importantes et de tous les momens, sont forcés à un déploiement considérable d'action, lorsque l'un d'eux vient à ne plus exécuter la part du travail dont ils sont chargés en commun.

Obs. V.[e] — *Diabètes sucré succédant à un traitement antisyphilitique et ayant conduit le malade au tombeau dans l'espace de deux mois et demi, avec un amaigrissement et une exténuation progressifs. Inconvéniens du régime animal dans cette affection. Rein unique placé en travers sur le milieu de la colonne vertébrale; aucune altération dans la texture ou la consistance de cet organe.*

Un imprimeur, âgé de 24 ans, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 30 novembre 1826. Il venait de subir un traitement mercuriel pour des chancres qu'il portait au prépuce. Peu de temps après, c'est-à-dire au commencement d'octobre, il avait été pris d'ardeur et de sécheresse à la bouche, suivis d'un désir inaccoutumé de boire et d'une augmentation proportionnelle dans la quantité des urines. Cet état s'était aggravé de jour en jour, et lors de son entrée à l'hôpital, ce malade présentait l'état suivant : physionomie altérée exprimant la souffrance et la tristesse, teinte jaunâtre répandue au pourtour des yeux, du nez et de la bouche; le reste de la face d'une pâleur remar-

quable; amaigrissement prononcé; faiblesse telle, que le malade a peine à se tenir debout, et qu'il tremble sous ses jambes quand il veut faire quelques pas; aussi sa démarche est-elle lente et mesurée; d'un autre côté, sécheresse de la peau, soif ardente accompagnée d'un sentiment de gêne à l'épigastre, excrétion abondante d'urines qui force le malade à se lever plusieurs fois dans la nuit pour satisfaire à ce besoin; langue rouge et pointue, mais humide; ventre indolent, constipation, chaleur de la peau naturelle, respiration libre, pouls ordinaire. Deux seaux, contenant environ douze litres chacun, sont placés à côté du lit du malade; l'un est destiné à recevoir sa boisson, qui est de la limonade; l'autre à recevoir ses urines. Pendant la nuit il vide entièrement le premier de ces vases et remplit l'autre; pendant le jour il urine un peu moins, quoiqu'il boive davantage; ses urines sont limpides, transparentes, presque sans odeur et sans saveur. L'analyse qui en a été faite y a démontré la présence du sucre, mais en faible quantité; par la fermentation elles ont fourni de l'alcohol.

Du 1.er au 10 décembre le malade est soumis à l'usage d'un régime animal pur. (Filet de bœuf lardé, une livre par jour et sans pain, trois bouillons, même quantité de tisane.) Ce traitement n'est suivi d'aucun résultat satisfaisant; au contraire, le malade éprouve de la répugnance à prendre de la viande, répugnance qui se manifeste par de la gêne, de la pesanteur à l'épigastre, et par fois des envies de vomir. Son sommeil est sans cesse troublé par le besoin d'uriner et de boire; les seaux ne suffisent plus pour contenir la boisson et les urines, la faiblesse fait des progrès, le corps s'amaigrit de plus en plus, la constipation persiste. Le 11 décembre, on suspend l'usage de la viande; potion purgative assez énergique répétée le lendemain et le surlendemain, et dont l'effet est de produire

plusieurs garde-robes liquides. Du 14 au 19, la secrétion de l'urine diminue sensiblement, d'un tiers environ de sa quantité ordinaire; mais en même temps le dévoiement est presque continuel, et la faiblesse continue à faire des progrès; le pouls prend un peu d'accélération. Le 20, cessation presque complète de la quantité surabondante d'urine; le besoin de les rendre ne se fait plus sentir que quatre à cinq fois pendant le jour et une fois pendant la nuit; d'ailleurs le dévoiement est toujours considérable, le pouls petit et faible, la peau sèche, la langue rouge. (Décoction blanche, pilule de cynoglosse, gr. iij.) Du 20 au 30, diminution légère dans le dévoiement, faiblesse extrême, sorte de fièvre hectique avec redoublemens le soir. Le 11 janvier, on s'aperçoit que les urines deviennent plus abondantes, le malade les rend cinq à six fois le jour et autant la nuit; il remplit chaque fois son urinal qui contient environ un litre de liquide; le dévoiement est réduit à deux ou trois selles dans les vingt-quatre heures. Du 12 au 16, la sécrétion de l'urine augmente insensiblement en quantité, mais sans revenir au point où elle était primitivement. Le 17, pouls insensible, extrémités froides; mort sans autres phénomènes particuliers.

Ouverture du cadavre le 18. — Dernier degré de marasme; toutes les graisses sous-cutanées et viscérales avaient disparu. Tête non ouverte; poumons crépitans et sains, offrant seulement quelques adhérences à leur sommet; cœur d'un petit volume, mais bien conformé; estomac assez ample, d'une couleur noirâtre à l'intérieur, entremêlée de quelques pointillures rouges, mais sans épaississement ou ramollissement de la membrane muqueuse. Intestins grêles n'offrant dans toute leur longueur que quelques injections insignifiantes; il y avait cependant une petite ulcération au voisinage de la valvule cœcale; le gros intestin ne présentait rien de particulier;

l'épiploon contenait un grand nombre de granulations miliaires dures et blanches.

Il n'existait qu'un seul rein très-volumineux placé en travers sur le milieu de la colonne vertébrale, et disposé de la manière suivante : chacune des extrémités de cet organe, surmontée de sa capsule surrénale, prenait naissance dans les fosses lombaires au point occupé naturellement par les reins : mais bientôt elles se contournaient sur la ligne médiane où elles venaient se réunir en un viscère unique et indivisible dont la forme imitait celle d'un fer à cheval à branches écartées; de là résultaient deux courbures, une supérieure concave, l'autre inférieure convexe. La partie la plus mince de ce rein appuyait sur la colonne vertébrale où elle formait une saillie en avant dépendante de celle que présente le corps des vertèbres; ailleurs, l'épaisseur de ce viscère était plus considérable, sans égaler toutefois celle qui est propre à chacun des reins pris isolément; mais sa masse totale offrait un volume au moins aussi considérable que celui des deux reins réunis; il avait en effet, sur trois ou quatre pouces de hauteur, sept à huit pouces de longueur, en le mesurant dans ses divers contours. Il ne présentait d'ailleurs rien de particulier quant à sa consistance et à sa contexture; la substance nous a paru seulement un peu plus gorgée de sang que dans l'état naturel, et par suite d'un rouge un peu plus prononcé.

Les uretères, au nombre de deux, prenaient naissance au-dessous des extrémités supérieures des reins et des vaisseaux rénaux, mais de telle façon que les bassinets étaient tournés en avant et non en dedans comme dans l'état naturel; ces canaux offraient des dimensions plus qu'ordinaires et égalaient le volume du petit doigt; leur insertion dans la vessie admettait facilement l'extrémité d'un gros ciseau mousse. Ce dernier organe ne contenait

point d'urine; il était ramassé derrière la symphyse pubienne, et offrait des parois assez épaisses surmontées de colonnes saillantes à l'intérieur.

Cette observation concerne à-la-fois un vice de conformation et un vice de sécrétion des glandes urinaires, affections qui, malgré leur coïncidence remarquable, nous paraissent indépendantes l'une de l'autre; car le diabètes n'est point lié nécessairement à l'existence d'un seul rein. Outre qu'il ne s'observe pas toujours en pareille circonstance, il survient fréquemment dans les cas où les reins sont doubles ou isolés. Tout au plus pourrait-on dire que la fusion de ces glandes en un seul viscère, rendant plus intime la communauté de leurs fonctions, fait que le trouble de ces mêmes fonctions est ressenti plus fortement et en même temps dans tout l'appareil sécréteur urinaire. Si donc le diabètes ne tient pas à ce vice de conformation, à quelle cause matérielle peut-on le rattacher? Avouons ici notre ignorance; l'autopsie cadavérique ne nous a rien appris à cet égard, dans ce fait comme dans une foule d'autres semblables; car le rein n'a présenté aucune altération de consistance ou de texture. L'engorgement sanguin dont il était le siège constitue une lésion trop fugitive et trop variable pour être la source d'un mal aussi grave. Peut-être n'est-ce pas uniquement dans les reins qu'il faut chercher la source de ce mal; s'il est vrai, comme l'enseigne la physiologie, que les qualités des sécrétions tiennent non-seulement à certaines conditions matérielles des organes chargés de les exécuter, mais encore à certaines qualités des fluides qu'ils emploient dans cette fabrication, pourquoi le diabètes ne tiendrait-il pas en quelque chose à un changement dans la composition des fluides et du sang en particulier? Remarquons, en effet, que la sécrétion urinaire est, de toutes, celle qui éprouve le plus de modifications par des causes étrangères

aux glandes rénales, comme on le voit dans une foule de maladies, et que, dans le diabètes en particulier, il n'y a pas seulement surabondance de sécrétion, mais encore perversion de sécrétion, puisque les urines entraînent en dehors des matériaux étrangers à leur composition naturelle. Quoi qu'il en soit, les effets de cette déplorable maladie ont été, comme nous l'avons vu, une exténuation et un dépérissement croissant. En vain on s'est efforcé, d'après la théorie chimique, d'animaliser en quelque sorte les urines par l'usage d'une nourriture succulente; l'estomac, fatigué et irrité par des alimens trop substantiels, a réagi d'une manière défavorable, en donnant un nouvel essor à la maladie. Lorsque plus tard on a voulu, à l'aide de purgatifs, établir dans le canal intestinal une contre-révulsion, le dépérissement n'en a pas moins continué, quoique les urines soient devenues moins abondantes. Il n'y a eu en effet, par cette méthode, que déplacement d'évacuations, le dévoiement ayant succédé au diabètes, et ce dernier reparaissant quand le dévoiement a diminué. Cette alternation remarquable d'évacuations, sans qu'il y ait eu de changement dans les effets généraux du mal, fait supposer, comme nous le disions tantôt, que la cause du diabètes n'existe point uniquement dans les reins, puisqu'il a suffi de détourner les fluides sur une autre partie pour faire cesser le diabètes, sans néanmoins faire cesser le fond principal de la maladie.

Recherches nouvelles sur l'étiologie, la symptomalogie et le mécanisme du développement fusiforme de l'extrémité des doigts; par J. Pigeaux, *D. M.*

Phthisitis ungues ad unci. (Hipp.)
Phthisici, unguibus sunt more cujusdam serræ uncinati. (Duret.)

Les médecins dont les travaux ont illustré l'enfance de l'art, presqu'entièrement privés des lumières fournies par l'anatomie pathologique et l'application immédiate des sens, avaient su surmonter, à force de génie, de temps et de patience, les principales difficultés du diagnostic; leur merveilleuse sagacité, la finesse de leur tact médical, exciteront long-temps encore l'admiration de ceux qui méditeront leurs ouvrages.

Les rapports secrets et presque mystérieux qu'ils avaient signalés entre la phthisie et l'état des ongles, prouvent évidemment qu'ils étaient bien pénétrés de l'importance des petits détails qui même, au 19.e siècle, constituent encore les élémens d'un bon diagnostic.

Le recourbement des ongles chez les phthisiques est un fait qu'Hippocrate avait laissé sans commentaire explicatif à l'observation de ses successeurs; en traversant les longues années qui nous séparent de ce grand praticien, son aphorisme fut soumis à bien des viscissitudes.

D'abord admis sans contestation (*jure magistri*), il fut ensuite diversement modifié dans son interprétation. Ce ne fut pas sans peine qu'il sortit avec les honneurs de la guerre, du creuset sceptique des nosographes du siècle dernier.

On commença par refuser aux phthisiques la propriété exclusive de cette disposition particulière des ongles; en-

suite on la répartit arbitrairement sur tous les malades affectés de marasme. On finit enfin par nier son existence.

L'amaigrissement des membres, le peu de soin de certains malades à se couper les ongles, furent successivement invoqués pour expliquer le mécanisme du recourbement de ces appendices cornés. On compara cette inflexion des ongles à celle des griffes chez les bêtes fauves; dès-lors, on en sépara sans appel l'idée de relation qu'Hippocrate y avait rattachée. L'observation de ce signe devint une futilité peu digne d'exciter l'attention des praticiens; il tomba bientôt dans un oubli complet, d'où ne l'ont pas encore tiré de nombreux commentaires. Puissent mes recherches ne pas avoir le même résultat.

Le diagnostic différentiel des affections de poitrine, aujourd'hui très-avancé, facile surtout à vérifier par de nombreuses nécropsies, pouvait seul indiquer la valeur proportionnelle des relations qui existaient entre des signes jusque-là rapprochés par les lois vagues d'une coïncidence remarquable, mais dépourvues de tout examen éclairé et approfondi. Nos amphithéâtres étaient appelés à juger en dernier ressort de l'exactitude des assertions du Père de la médecine et de ses antagonistes, si tant est qu'il en eût de réels. Reprenant la question dans son principe, les ouvertures devaient asseoir sur des bases positives une partie de la séméiotique jusqu'alors presque entièrement conjecturale.

Quelles voies devais-je suivre dans ces recherches? Voir, et bien voir; compter, d'après un nombre de faits considérables; c'est que j'ai tâché de faire. L'évidence des signes physiques de la phthisie arrivée à ses dernières périodes, et au besoin les ouvertures, m'ont permis de remplir à la lettre la première condition. Quant à la seconde, les tableaux statistiques que j'ai établis jusque

dans les plus minutieux détails, sur la valeur des signes prodromiqnes de la phthisie (1), pourrait au besoin faire foi de l'exactitude des chiffres.

Quoi qu'en puissent dire les détracteurs de la méthode numérique (bien interprétée s'entend), n'en déplaise à leur intelligence trop élevée, sans doute, pour comprendre la valeur des nombres, et l'importance des résultats obtenus par un procédé mécanique, et par cela même hors de l'influence de toute idée préconçue, je pense encore avoir employé le seul moyen qui puisse obtenir une solution satisfaisante pour tous les problèmes organiques, physiologiques ou pathologiques, que les médecins sont appelés à résoudre.

Dans l'espace de quelques mois j'examinai attentivement environ deux cents mains de phthisiques des moins équivoques, je les notai par des signes spéciaux sur un relevé préparé *ad hoc*, suivant qu'elles étaient ou non armées des griffes hippocratiques; 167 individus, d'après le tableau, en furent trouvés pourvus. Assurément, si, par le mot *phthisique*, Hippocrate n'eût pas voulu désigner tout individu insensiblement amené à l'état de marasme, quelle qu'en soit la cause, ce résultat eût fortement fait pencher la balance en sa faveur. Mais, indépendamment de cette opinion, il est encore constant que tous les tuberculeux n'ont pas les ongles recourbés.

De nouvelles recherches infiniment plus difficiles et plus délicates me parurent nécessaires pour établir la contre-partie. Deux années m'ont à peine suffi! elles m'ont enfin appris que, spécialement considéré chez des individus non tuberculeux, quoique réduits à l'état d'amaigrissement extrême, le recourbement des ongles se

(1) Phthisie est ici synonyme d'affection tuberculeuse pulmonaire.

rencontrait à peine dans un dixième de cas, et seulement chez le tiers des malades amaigris, si l'on faisait abstraction des lésions organiques dont ils étaient atteints.

D'après cet aperçu, le problème de la relation des organes thoraciques, de l'amaigrissement général et du recourbement des ongles, recevait bien quelque jour, mais on n'en pouvait encore tirer aucune conséquence, et le mécanisme des liaisons qui les unissait demeurait indéterminé. Grand bien me prit d'avoir indiqué par des signes particuliers diverses circonstances qui, bien que sans intérêt, prises isolément, acquièrent par l'enchaînement des faits une grande importance.

Ainsi qu'on a pu le voir, le recourbement des ongles, quoique bien fréquent chez les tuberculeux, manque cependant environ dans la sixième partie des cas; il s'observe à peine chez un dixième de ceux qui ne le sont pas, quoiqu'émaciés, et un tiers seulement des personnes mortes dans le marasme en sont atteintes. Aucunes de ces particularités ne concourent donc exclusivement à la productions du phénomène; des liaisons de simple coïncidence les y réunissent-elles toutes ou quelques-unes d'entre elles ? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

J'ai dit précédemment avoir rencontré 17 personnes sur 183 (1/10 environ), qui, quoique non tuberculeux, avaient présenté le recourbement des ongles à un degré très-marqué : en repassant les particularités de leurs observations, je trouvai neuf affections organiques du centre circulatoire, quatre emphysèmes, deux catarrhes chroniques compliqués d'asthme, et deux cas où l'altération organique principale n'avait pas été précisée. Une gêne sensible de la respiration avait été notée treize fois; je la trouvai indiquée dans presque toutes les cases des 167 tuberculeux consignés dans mon premier tableau, à l'exclusion presque générale de ceux qui n'avaient pas les ongles recourbés.

Il y a présentement trois ans que mes notes ont été commencées, et chaque jour de nombreuses observations viennent me convaincre de l'évidence de l'influence qu'ont la gêne de respiration, de la circulation, et en général de tout vice de l'hématose sur le recourbement des ongles, ou du moins sur la production médiate de ce phénomène, par l'intermédiaire du gonflement fusiforme de la dernière phalange des doigts.

Parcourant ensuite les 167 cas de tuberculeux à ongles crochus, je vis qu'environ une vingtaine avaient conservé de l'embonpoint; dès-lors je fus porté à rejeter l'influence immédiate d'une respiration viciée, agissant sur le recourbement des ongles par l'émaciation des sujets. De nouvelles observations ont depuis changé en certitude ce qui n'était alors qu'une présomption, et m'ont fait modifier le texte et l'idée première de mes recherches. Ayant rencontré d'une part des ongles recourbés sans émaciation, et grand nombre de gens amaigris qui ne les avaient pas, je portai mes regards sur l'influence que pouvait avoir dans la production du phénomène le développement fusiforme de l'extrémité des doigts, qui, dans mes notes statistiques, l'accompagnait constamment. Je cessai bientôt de considérer cette particularité comme le résultat ou l'effet du recourbement des ongles. Occupant le rôle principal, je le vis refouler excentriquement la matrice et surtout la racine de l'ongle, et pouvant exister en l'absence même de cette plaque cornée. Tout devenait par là facile à expliquer : un vice ou une altération notable, soit dans la respiration, soit dans la circulation, troublant l'hématose, occasionnait un gonflement œdémateux des extrémités des doigts et surtout de la pulpe de ces parties, avec plus ou moins de facilité, suivant l'idiosyncrasie des sujets; l'ongle en totalité se trouvait mécaniquement repoussé; sa racine, soulevée, faisait

basculer, et par suite recourber son bord libre qui simulait alors une griffe d'animal. L'amaigrissement des sujets, et surtout l'oubli de se rogner les ongles, devenaient des circonstances presque insignifiantes, ainsi que je pus m'en convaincre directement en coupant moi-même pendant deux mois les ongles de tous les phthisiques des salles de MM. Lerminier et Fouquier, sans apporter la plus légère modification au développement fusiforme de l'extrémité des doigts sur l'élévation de la racine des ongles, et par suite sur leur recourbement.

En bornant ici ces recherches, je les aurais rendues plus curieuses qu'utiles; l'étiologie seule du recourbement des ongles eût été modifiée; sa symptomalogie, ou plutôt celle du développement fusiforme de l'extrémité des doigts destinée à la remplacer, n'en aurait tiré que de bien médiocres avantages. Mais de nouvelles observations m'ont appris toute l'importance de ce signe bien interprété, en l'appuyant de faits incontestables. Je vais présentement exposer brièvement ce que j'ai pu établir de plus positif et de plus général sur ce sujet; mais avant d'entrer en matière il est indispensable d'établir mes réserves : pour faire dire à ce signe tout ce qu'il indique, sans exagérer son importance et sans en diminuer la valeur, je dois poser des limites précises entre l'altération pathologique dont il s'agit et toutes celles qui pourraient la simuler.

1.° *Le recourbement des ongles*, avec ou sans développement de l'extrémité des doigts, se rencontre chez certains individus affectés d'un vice organique accidentel ou congénial de la pulpe des doigts, ou de la matrice de l'ongle qui est alors ordinairement épais, peu large et raccorni.

2.° On l'observe chez quelques personnes qui négligent de se couper les ongles.

3.° De vicieuses cicatrices ont quelquefois produit le même effet.

4.° On pourrait aussi le confondre avec le prolongement des ongles de certains individus qui ont ce système de défense très-prononcé.

5.° Le développement irrégulier plus ou moins considérable de l'extrémité des doigts, avec ou sans recourbement des ongles, peut tenir à un vice de conformation acquis ou inné ; mais outre qu'on peut presque toujours saisir des traces de l'affection primitive, les circonstances commémoratives pourraient au besoin le différencier de celui qui fait l'objet de ces recherches.

En effet, dans ces diverses circonstances, la déformation de la pulpe des doigts et le recourbement des ongles existent presque toujours isolément : sont-ils réunis, un doigt seul en est ordinairement atteint, et alors encore leur développement est irrégulier ; bornés à l'extrémité du doigt ou l'envahissant tout entier, rarement ils ont fixé leur action sur toute l'étendue de la seule dernière phalange. La racine de l'ongle est encore alors aussi peu saillante, aussi bien marquée que de coutume, par une rainure circulaire déprimée. S'ils s'observent à plusieurs doigts, le degré et l'ordre de leur accroissement est purement accidentel, les deux mains n'en sont presque jamais simultanément atteintes. Leur séméiotique est toute locale comme l'altération qui les a fait naître.

Mais lorsqu'ils se présentent avec les caractères que je vais énumérer, le recourbement des ongles, et surtout le *développement fusiforme de la dernière phalange des doigts*, acquièrent une importance extrême comme signe prodromique de la présence de tubercules latents, et mieux encore d'un vice essentiel de l'hématose.

Les doigts à l'état normal représentent un cone tronqué dont la base repose sur l'articulation métacarpo-phalangienne, et le sommet se trouve à l'extrémité de la pulpe des doigts. Chez ceux qui, au contraire, présentent le

développement fusiforme en question, le sommet du cône précité s'arrête au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange; il se trouve surmonté de la dernière section du doigt assez régulièrement développée en forme de fuseau. La tuméfaction commence à l'articulation, s'accroît jusqu'à la racine de l'ongle qui devient la partie la plus saillante; elle va ensuite en diminuant jusqu'au bout du doigt (1).

L'index et le pouce en sont d'abord atteints dans la plupart des cas; le médius, l'auriculaire et l'annulaire se développent ensuite. Lorsque les trois premiers doigts d'une main présentent cet état pathologique, les deux premiers de l'autre ne tardent pas à se tuméfier, si le développement n'a pas été simultané dans les deux membres, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire.

Quelquefois rapide dans sa marche progressive, il parvient avec la phthisie aiguë, en quelques semaines, à son plus haut point d'accroissement.

Souvent aussi il arrive à cette période dans un long laps de temps, en passant par des nuances insensibles.

Il suit assez régulièrement, non les phases des tubercules, ni des affections organiques du cœur; mais bien leur influence sur l'état général de l'hématose et de la respiration.

Plusieurs fois je l'ai vu s'accroître, diminuer, et même disparaître avec la cause générale qui lui avait donné naissance.

Il m'a paru plus commun chez les femmes que chez les hommes. Mon relevé me donne les proportions de 13 à à 10, bien que le nombre des hommes soumis à mon observation, eu égard à celui des femmes, fut : 3. 1; toujours

(1) J'ai pris le cas le plus prononcé pour base de ma description; les degrés inférieurs n'en diffèrent que du plus au moins.

au moins, son accroissement a été insensible; jamais je ne lui ai vu déterminer de douleur.

Il n'en est pas de même aux pieds, qui, à vrai dire, en sont bien moins souvent le siège.

Le gros orteil fait presque exception; la tuméfaction de sa pulpe est quelquefois très-considérable. Elle se reporte fortement sur les côtés, déborde l'ongle, et produit l'altération connue sous le nom d'ongle rentré dans les chairs, par un mécanisme précisément opposé à celui qu'on expose journellement. Ce n'est pas l'ongle qui, par son accroissement, pénètre dans les chairs; ce sont au contraire celles ci qui, ne pouvant vaincre la résistance de l'ongle, recouvrent ses bords latéraux et s'en percent elles-mêmes. Aussi voit-on l'arrachement de l'ongle en tout ou en partie n'y remédier que momentanément; la véritable thérapeutique de cette affection consisterait à placer l'ongle de l'orteil malade dans les conditions où se trouvent les pouces des extrémités supérieures, et pour cela l'amincir par un moyen mécanique quelconque, et le ramollir par des bains ou par des cataplasmes. Seulement alors la guérison pourrait être durable. Elle aurait surtout l'avantage d'éviter aux malades les douleurs excessives de l'opération et de l'affection elle-même.

Sur l'ensemble de toutes ces considérations, si l'on cherche à baser la séméiotique du développement fusiforme de l'extrémité des doigts, je pense qu'on peut aujourd'hui en déduire les conséquences suivantes :

1.° Ce développement est analogue à l'infiltration des extrémités inférieures.

2.° Il est en rapport constant avec l'état des fonctions des viscères thoraciques, et spécialement avec le développement des tubercules dans cet organe.

3.° Il produit le recourbement des ongles, en faisant basculer leur bord libre, par le soulèvement de leur racine.

4.° Il peut exister, indépendamment de ce dernier, en l'absence, même congénitale, de l'ongle.

5.° Lorsqu'il n'est pas accompagné de symptômes évidens d'une affection des voies circulatoires; lorsqu'il n'existe pas concurremment une gêne notable de la respiration légitimée par des signes de maladies étrangères aux tubercules, la présence de ceux-ci est presque certaine; et même, lorsque ces symptômes sont bien constatés, l'existence des tubercules comme complication ou comme affection principale est encore très-probable. A la seule inspection de ce symptôme, j'ai souvent pu prédire la gravité d'un catarrhe pulmonaire, d'une pneumonie ou de tout autre affection des plus bénignes en apparence.

6.° Il dévance quelquefois de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années, les signes physiques qui indiquent la présence des tubercules dans les poumons.

Dans l'état actuel des connaissances, je crois que, surtout pour une femme, il est moins grave d'avoir eu une ou deux hémoptisies, même de plusieurs onces, que de présenter le développement fusiforme de l'extrémité des doigts.

7.° Proportion gardée, entre les phthisiques tombés dans le marasme et ceux qui ont encore conservé un notable embonpoint, ce symptôme se rencontre plus souvent chez ces derniers.

8.° Environ les six dixièmes des individus qui meurent phthisiques le présentent. Presque la moitié en étaient atteints avant l'existence constatée de leurs tubercules.

9.° Lorsqu'il se trouve réuni à quelques autres symptômes rationnels des tubercules, il obtient, comme signe prodromique, un avantage réel sur les signes physiques qui souvent ne dévoilent la maladie que pour accuser l'impuissance de l'art.

Anatomie pathologique. — L'ongle séparé du doigt

est peu recourbé; on voit distinctement l'influence de l'élévation de la racine sur le recourbement du bord libre; la pulpe du doigt est assez dense, assez généralement injectée ou infiltrée d'une sérosité plus ou moins teinte de sang; le tissu cellulaire graisseux y prédomine, surtout à la face palmaire.

La peau m'a paru un peu plus épaisse que dans l'état normal.

Les os ne sont altérés, ni dans leur forme, ni dans leurs rapports, ni dans leur consistance.

La présence de la pulpe des doigts, la prédominance du tissu cellulaire, me paraissent les causes principales qui bornent cette affection à la troisième phalange.

La consistance plus considérable de la pulpe des orteils, la brièveté de la troisième phalange, rendent aux pieds cette disposition plus rare; elles en modifient la forme qui se rapproche alors plus de celle d'un cône à base antérieure, dont le sommet répondrait à la naissance du doigt.

Remarques sur la physiologie pathologique du choléra-morbus; par M. DELARROQUE, *médecin de l'hôpital Necker, et M.* LAUGIER, *chirurgien du même hôpital.*

C'est un besoin et un devoir pour les médecins qui ont vu beaucoup de cholériques, que de recueillir et de publier ce qu'ils ont remarqué de particulier dans les phénomènes du choléra-morbus. Sans aucun doute on arriverait par ces rapports isolés à une histoire bien faite de cette maladie, histoire qui ne pourrait être aujourd'hui qu'incomplète et prématurée, si l'on tentait de la faire générale, mais qui dans quelques mois, ou, s'il le faut, quelques années, surgira de l'analyse des travaux particuliers et de leur critique raisonnée. Un compte rendu

fait avec rigueur et bonne foi des remarques nouvelles que l'on croit avoir faites, leur exposition donnée avec réserve, mais conviction, tel est, nous le croyons, ce que l'on a droit d'attendre en ce moment des auteurs qui publient leurs recherches sur le choléra. Tel est aussi le but que nous nous sommes proposé.

1.° *Des effets du choléra sur le système musculaire.*

Que la moelle épinière soit primitivement ou consécutivement affectée dans le choléra, toujours est-il que la partie du système musculaire qui reçoit directement et sans contestation ses nerfs du cordon rachidien, est celle qui présente le plus manifestement ces contractions spasmodiques et douloureuses auxquelles on a donné le nom de crampes. C'est l'accident que redoutent le plus les malades, et aux yeux des médecins il aurait une bien plus grande importance, si la plupart d'entr'eux ne cessait d'accorder son attention aux crampes aussitôt que la douleur a disparu. L'état des crampes proprement dites, c'est-à-dire, de contractions douloureuses, ne nous a paru qu'un degré ou un mode de la tension générale plus ou moins continue, et pour ainsi dire tétanique, qu'éprouve l'ensemble du système musculaire chez les cholériques. Voici le résultat de nos remarques à ce sujet.

Toutes les parties du système musculaire peuvent éprouver dans le choléra une tension, une raideur particulière. Chez quelques malades les mâchoires sont serrées, il y a véritablement trismus : toutefois ce phénomène est rare. Le plus souvent cette raideur affecte les muscles des cuisses, des gouttières vertébrales, et surtout les mollets. Suivant le degré de la maladie ou la sensibilité particulière des malades, il y a des contractions successives, comme ondulées, très-douloureuses, excitant les cris du cholérique, quelquefois des pincemens, des-

douleurs musculaires sans contractions appréciables à l'œil, des contractions sans douleurs, et enfin de simples soubresauts des tendons. Ces phénomènes, essentiellement intermittens et comme accidentels, sont ordinairement perçus par le malade et reconnus par le médecin. Mais une remarque importante que nous avons faite, est que l'état spasmodique des muscles n'est point borné là. Quand tout mouvement ou douleur a cessé pour le malade, il reste encore une raideur des plus marquées ; au sortir du lit le convalescent la retrouve lorsqu'il veut étendre ses jambes ; les muscles des mollets lui paraissent deux cordes inextensibles. La compression de ces parties en deux points diamétralement opposés rappelle la douleur. On a dit et on a écrit que dans le choléra algide les crampes cessaient avant la mort ; si l'on a voulu parler de la douleur, on a eu raison sans doute ; mais si l'on a entendu par là qu'il y avait relâchement et résolution des membres, nous sommes loin de partager cet avis. La raideur persiste, il est peu de cadavres qui ne la présentent à un degré marqué ; nous n'en avons pas vu dans un état de résolution complète. Au reste, cette raideur musculaire cadavérique a été signalée dans le cadavre par tous les observateurs. Notre remarque porte sur sa persistance pendant la vie après la disparition des douleurs ; remarque importante, suivant nous, puisqu'elle est à nos yeux le signe pathognomonique de l'irritation du système cérébro-spinal. On se rappellera sans doute que les crampes précèdent très-souvent la diarrhée, et qu'il serait impossible de les considérer alors comme l'effet des changemens que les évacuations cholériques peuvent apporter dans les fluides circulatoires. Beaucoup de personnes ont eu des crampes et des spasmes musculaires, sans avoir été frappées des autres accidens que l'on est convenu de regarder comme caractéristiques de cette maladie.

La plus grave et la plus importante des contractures musculaires est, suivant nous, la cause de la dypsnée si douloureuse qu'éprouvent quelques malades, du ralentissement et de la faiblesse de la circulation, et enfin de la syncope qui termine les jours du cholérique. Cette contracture, c'est le cœur qui en est le siège. Quelqu'étrange que puisse paraître cette assertion, nous prions nos confrères de l'examiner avec nous.

On sait que les cadavres des cholériques, même de ceux qui ont succombé quelques jours après qu'ils n'accusaient plus de crampes, sont dans un état de contracture très-remarquable, et qui les a fait comparer au corps d'un athlète faisant effort pour se relever ou pour soulever un fardeau. A chaque membre les saillies musculaires sont fortement indiquées, et si l'on met à découvert et que l'on incise transversalement un muscle, ses fibres, peu colorées et d'un rouge fauve, conservent une rigidité assez comparable à celle que produit sur les muscles la congélation. De plus, l'épaisseur du muscle paraît accrue; ce qu'il est facile de concevoir puisqu'il est raccourci. Eh bien! la même chose arrive pour le cœur, surtout pour le ventricule gauche, comme nous l'expliquerons ci-après, et c'est ce qui a fait dire aux observateurs qui nous ont précédés, que dans le choléra le cœur était souvent hypertrophié : cette prétendue hypertrophie n'est en réalité qu'un accroissement d'épaisseur et de fermeté dues à l'état de contracture pendant laquelle la mort arrive, surtout dans la période de froid. Si c'était une hypertrophie on la trouverait d'autant plus prononcée que la maladie aurait duré plus long-temps. D'ailleurs, comment concevoir une hypertrophie formée en quelques heures, ou comment admettre que, sur un aussi grand nombre de cholériques, il se trouve fortuitement tant de cœurs hypertrophiés? Ces considérations, réunies à l'examen ana-

tonique du cœur, nous ont laissé peu d'incertitude sur la nature de cette lésion. Cette contracture est plus marquée sur le ventricule gauche; sa cavité est effacée et presque vide. Les parois sont bombées; elles sont très-dures au toucher, épaisses, denses, mais cette densité n'est pour ainsi dire qu'apparente. Si l'on presse entre les doigts cette paroi, qui à l'œil semble hypertrophiée, on ne trouve pas la résistance qui accompagne cette altération de tissu. Les chairs s'applatissent sous la pression, comme si cette épaisseur, cette densité n'étaient que spasmodiques et accidentelles, et en général il en suinte beaucoup de sang noir. Dans un pareil état il nous paraîtrait impossible que le ventricule gauche pût se dilater facilement pour recevoir la quantité de sang que lui fournit ordinairement l'oreillette gauche, si l'hématose se faisait régulièrement; mais c'est ce qui n'arrive point en effet. Ainsi pour le cœur, moins habile à recevoir le sang, sa force d'impulsion est aussi diminuée en raison de la contracture dont il est le siège : ce sont là sans doute deux causes puissantes du ralentissement de la circulation et de syncope. Toutefois on ne trouve pas cet état dans tous les cadavres. Si la réaction a eu lieu et a persisté, et que le malade ait succombé au typhus ou à une phlegmasie consécutive au choléra, on pourra presque toujours prédire que la contracture ne sera pas rencontrée à l'autopsie. Son degré suit aussi en général celui de la raideur des membres; elle est ordinairement très-prononcée chez les cholériques très-bleus, très-froids, et qui sont morts en peu d'heures.

Mais diverses objections ont été dirigées contre l'existence de la crampe du cœur.

1.° Si le cœur était *contracturé* violemment, la mort serait instantanée.

Deux réponses peuvent être faites à cette première ob-

jection, et elles nous paraissent concluantes. D'abord il y a effectivement des morts subites par le choléra, sans que l'autopsie ait pu fournir aucune donnée capable d'expliquer la mort, aucune congestion n'ayant eu le temps de se former.

2.° La mort n'est pas ordinairement instantanée, parce qu'il y a une infinité de degrés dans cette contracture : cette crampe, comme les autres, peut offrir des intermittences ou varier au moins dans son intensité; bien plus, elle peut ne pas exister : en effet, quelques malades n'ont aucune crampe; chez ceux-là il ne se développe pas de cyanose, peu ou point de refroidissement; la réaction se fait promptement, et pour nous la maladie n'aurait alors consisté que dans une congestion passagère de la moelle épinière, ou si l'on trouve notre explication par trop mécanique, dans une altération des fonctions du cordon rachidien, qui ne laisserait pas de traces après la mort. Aussi, pour le dire en passant, croyons-nous que la perte de l'illustre savant que la France regrette, de Cuvier, est due au choléra. Peut-être l'unique différence des symptômes vient-elle de la hauteur à laquelle les fonctions de la moelle ont été interrompues ou altérées.

Ainsi donc il ne résulte pas de l'existence de la contracture du cœur que la mort dût toujours être subite.

Une seconde objection plus forte en apparence est la suivante.

Vous admettez ou non que le ventricule droit est, aussi bien que le gauche, *contracturé*. S'il l'est, comment se fait-il qu'on le trouve distendu, souple, et plutôt aminci que raccourci et *hypertrophié?* Si, au contraire, suivant vous, il n'est pas *contracturé*, pourquoi deux parties du même muscle, qui reçoivent les mêmes nerfs, n'éprouvent-elles pas les mêmes effets ?

Nous commençons par déclarer que nous croyons que le

ventricule droit serait aussi *contracturé* que le gauche, eu égard au nombre de ses fibres et à la force de ses faisceaux, si les circonstances étaient les mêmes pour tous deux. Nous nous bornerons cependant à faire remarquer qu'il ne serait pas inexplicable, par les motifs de l'objection, qu'il ne fût pas le siége de crampes; car il arrive tous les jours qu'une seule partie d'un muscle soit affectée de contraction spasmodique, et cependant les faisceaux voisins reçoivent des filets des mêmes nerfs. Si cette objection, fondée sur l'origine des filets nerveux, avait une valeur réelle, il deviendrait bientôt difficile d'expliquer comment un muscle du bras plutôt que tel autre est affecté de crampes; car en remontant vers la moelle on arriverait à des troncs nerveux communs à ces deux muscles si diversement affectés. Mais nous admettons que le ventricule droit peut être *contracturé*. Comment se fait-il, d'après l'objection qui nous a été faite, qu'on trouve ce ventricule distendu par du sang, des caillots, et plutôt aminci qu'épaissi, tandis que l'épaisseur et l'hypertrophie apparente de l'autre ventricule nous paraissent l'indice de la contracture.

Après avoir fait remarquer que le peu d'épaisseur des parois du ventricule droit lui donne une résistance moindre que celle du ventricule gauche contre une cause de distension, nous trouvons dans cette cause, l'afflux du sang veineux, la raison de la différence observée dans les deux ventricules. Quoique le cours du sang veineux soit ralenti par la diminution des mouvemens du cœur gauche, il en revient toujours au cœur droit une assez grande quantité pour remplir et distendre ses cavités. Cette distension, qui n'a pas lieu pour le ventricule gauche, peut-être à cause de la force de ses parois, et beaucoup plus encore parce que l'hématose est incomplète, est suivant nous ce qui peut faire disparaître dans le ventricule droit

les phénomènes de contracture. En effet, si une crampe du cœur existait, c'est précisément la distension de ses cavités qui pourrait la faire cesser, car elle produit l'alongement de ses fibres. Qu'un muscle du mollet soit raccourci spasmodiquement, n'est-ce pas en faisant agir les extenseurs du pied et par conséquent en alongeant les fléchisseurs qu'on fait cesser la crampe. Nous croyons que c'est là ce qui se passe dans le ventricule droit. Une quantité de sang suffisante pour le distendre lui arrive; l'alongement de ses fibres a lieu, bien qu'il soit gêné par la contraction plus ou moins permanente du ventricule gauche. La respiration ne se faisant qu'avec une extrême lenteur, le sang veineux est retenu dans le ventricule droit pendant qu'il en arrive une nouvelle quantité. D'un côté, le ventricule gauche *contracturé* ne se dilate qu'imparfaitement pour recevoir le sang, et ne se contracte que faiblement pour le chasser; de l'autre, le ventricule droit reçoit le sang animé d'un mouvement moindre, et, suivant quelques auteurs, altéré dans sa composition; il en est distendu et comme opprimé. Leur mouvement devient si faible qu'ils ne sont plus en quelque sorte que des sinus veineux presqu'inertes, et la mort ne tarde pas à arriver. Mais si la réaction s'établit, c'est-à-dire si le ventricule gauche reprend au moins en partie ses fonctions, le ventricule droit réagit avec plus de force contre le sang qui le remplit, et ses mouvemens deviennent forts et tumultueux comme dans l'anévrysme par dilatation. L'impulsion des battemens est alors très-forte à l'oreille, ce qui forme un singulier contraste avec la petitesse du pouls, qui nous donne la mesure de l'impulsion du ventricule gauche. Nous ne pensons pas qu'on puisse faire une objection sérieuse de cette circonstance que le cœur est un muscle de la vie organique. L'œsophage n'est-il pas le siège de la dysphagie spasmodique ? Combien de spasmes des mus-

cles de la vie organique n'observe-t-on pas dans l'hystérie, l'hypochondrie? Et pour le cœur en particulier, Laennec n'a-t-il pas admis qu'il était souvent affecté de spasmes? D'autres observateurs ne reconnaissent-ils pas le spasme des bronches, etc., etc. ?

Nous n'avons pas besoin, sans doute, d'insister sur l'importance d'une crampe du cœur dans le choléra; il suffit d'indiquer un pareil phénomène pour que ses conséquences soient saisies par tous les physiologistes. On en voit en effet dériver la plupart des phénomènes du choléra, et surtout ceux de ce degré auquel on a donné le nom de choléra-asphyxie. Nous ne cherchons point à prouver ici que, pour en trouver la cause, il faut remonter à l'affection du système cérébro-spinal : nous le croyons, toutefois, et nous l'avons laissé entrevoir, mais nous n'avons eu jusqu'à présent pour but que d'appeller l'attention des praticiens sur ce que le choléra nous a présenté de nouveau dans le système musculaire, et en particulier dans le cœur.

La contraction spasmodique des muscles produit encore un effet remarquable, que les observateurs ont signalé sans remonter à sa véritable cause, nous voulons parler du desséchement de la sclérotique chez les moribonds et les cadavres, et de l'ophthalmie qu'éprouvent un grand nombre de cholériques, qui ne succombent qu'après la réaction, ou même échappent à la mort.

La rigidité et le raccourcissement du muscle élévateur de la paupière supérieure empêchent ce voile mobile de recouvrir la partie antérieure de l'œil; il faudrait une volonté soutenue et un effort continuel du malade pour opérer le rapprochement des paupières. Nous tenons de plusieurs cholériques qu'ils ne le pouvaient qu'avec peine. Mais de plus une circonstance particulière et constante localise chez les cholériques le point de la surface de l'œil où les phénomènes indiqués plus haut s'observent.

Soit que la prédominance d'action des muscles situés à la partie supérieure du globe de l'œil et leur spasme expliquent le mouvement de conversion de cet organe, soit qu'un mouvement instinctif ait lieu pour éviter l'impression prolongée de la lumière et chercher la paupière supérieure, l'œil des cholériques dont les paupières sont écartées est tourné en haut, de sorte que la partie inférieure de la cornée transparente et la conjonctive oculaire située au-dessous de cette membrane sont incessamment exposées à la lumière et à l'air. Ainsi, privée de la protection de la paupière et des fluides qui la lubréfient, cette partie de la surface de l'œil se dessèche chez les cholériques qui meurent promptement, elle s'enflamme chez ceux qui vivent quelques jours. Nous avons vu cette inflammation suivie de fausses membranes épaisses et de perforation de la cornée.

Cette contraction de l'élévateur de la paupière n'est point toutefois encore un phénomène constant; par cela seul qu'il est spasmodique, il peut ne pas exister chez quelques malades, ou se présenter d'une manière intermittente. Mais le desséchement si rapide de la cornée opaque et l'inflammation de la cornée et de la conjonctive dans le point déterminé que nous avons indiqué n'ont point de cause occasionnelle plus puissante que l'élévation spasmodique de la paupière supérieure. Quant à l'inflammation, nous pensons aussi qu'elle peut être secondée par la congestion de la face et du cerveau qui accompagne quelquefois la période de réaction.

Nous nous sommes assurés par la dissection que la teinte bleuâtre ou brunâtre que prend la cornée opaque au-dessous de la cornée transparente n'est point due à une ecchymose : c'est bien réellement un effet du desséchement de cette membrane. Il arrive ici ce qui survient plus tard dans tous les cadavres.

2.° De la consistance du sang dans le choléra algide. — De sa stase dans la peau. — De la sueur.

On a déjà écrit souvent que le sang dans le choléra est noir, consistant, visqueux. Le mot viscosité nous paraît ne pas exprimer exactement l'état du sang que dans cette période on trouve véritablement épaissi et moins fluide.

La consistance de ce liquide peut être rapportée à trois causes.

1.° Le ralentissement de la circulation par défaut d'influence du cœur; car le sang, pour conserver sa fluidité, a besoin du mouvement, et sa stase, on le sait, amène promptement sa coagulation.

2.° La perte du sérum et des sels alcalins par la diarrhée cholérique, non pas la diarrhée inflammatoire qui peut survenir plus tard, mais celle qui résulte de la stase du sang dans les veines intestinales. Qui sait en effet (et nous le croyons ainsi), si l'afflux séreux qui constitue le dévoiement cholérique, avant qu'aucune inflammation folliculeuse ne se soit développée, n'est pas le résultat mécanique de l'engorgement des veines, comme l'œdème du tissu cellulaire est ordinairement l'effet de l'interruption du cours du sang dans les gros troncs veineux, quelle que soit d'ailleurs la cause de leur oblitération?

3.° Le refroidissement de ce fluide, dû à la diminution de la rapidité de son mouvement, et surtout au défaut de la calorification tirée du sang artériel dans l'état régulier de l'hématose.

On concevrait qu'un certain degré de consistance du sang pourrait le rendre moins propre à traverser les capillaires du poumon, qui n'admettrait plus alors que ses parties les plus fluides : delà moins de sang soumis à l'hématose, et plus de sang engorgeant les cavités droites

et l'artère pulmonaire : deux nouvelles causes d'affaiblissement et de mort. Mais nous convenons que ce ne sont là que des conjectures. La sérosité du péritoine est aussi épaissie, et donne aux intestins un aspect moins lisse et un toucher poisseux. La même remarque doit être faite pour la sérosité du tissu cellulaire. On l'avait notée depuis long-temps pour la bile. Il est rationnel d'en attribuer la cause aux changemens survenus dans le sang par les déperditions alvines.

Tout le monde sait que, si on fait un pli à la peau des cholériques, ce pli persiste plus ou moins long-temps : c'est à la diminution du mouvement du sang dans la peau, pendant la période de froid qu'il faut attribuer le défaut de contractilité et d'élasticité de cette membrane. Une expérience bien simple le démontre : que sur le dos de la main dans les points où elle est le moins tendue, comme à la base des doigts, on fasse un pli sans exercer de compression capable d'interrompre la circulation dans la portion de peau saisie, le pli s'efface promptement; qu'au contraire on exerce une compression plus forte, le pli durera suivant le degré de force employée. Chez les cholériques, la moindre pression suffit pour exprimer de la peau saisie le sang stagnant qu'elle peut contenir encore : mais la circulation ne l'y ramène que lentement; c'est pourquoi le pli persiste. Après la réaction, ce phénomène disparaît.

C'est aussi au trouble de la circulation, et surtout à l'absence du sang artériel, qu'est dû le refroidissement de la peau, et l'humidité froide qui a fait comparer son contact à celui du corps de la grenouille. Il semble étonnant qu'au moment d'une aussi grande déperdition de fluides à la surface du canal intestinal, il y ait encore à celle de la peau une transpiration quelquefois assez abondante. Si l'on n'a pas oublié notre manière d'envisager l'origine de la diarrhée caractéristique du choléra, celle

de la période de froid, et que d'autre part on ait égard à la lenteur de la circulation dans les capillaires de la peau, on ne sera pas surpris que l'exhalation cutanée, dans les cholériques froids et bleus, nous paraisse venir du sang veineux que cette membrane contient. L'exhalation séreuse intestinale est bien plus abondante parce que la stase sanguine est aussi beaucoup plus forte, attendu qu'elle est plus voisine du cœur et des gros troncs veineux où la stase du sang commence. Dans le choléra algide au plus haut degré, la transpiration cutanée paraît d'ailleurs d'autant plus abondante, que sa vaporisation est moindre à cause du refroidissement de la peau; c'est, au reste, ce que l'on observe dans les autres syncopes, où, comme on le sait, la sueur froide est habituelle.

Cependant, et ceci confirme encore notre idée, la sueur devient copieuse, mais aussi plus chaude, lorsque la réaction s'opère; elle accompagne alors le retour du sang artériel dans le tissu de la peau, et elle est le produit de l'action régulière des fonctions de la peau.

3.° *Congestions sanguines.*

Dans le choléra algide, quelques organes sont évidemment le siége d'une congestion sanguine plus ou moins violente, plus ou moins rapide; au premier rang les intestins, le cœur, le cerveau, la moelle épinière. Un seul organe, la rate paraît au contraire privée de ses parties fluides, et ce phénomène n'est pas un des moins importans à la physiologie, parmi ceux que le choléra présente. Etudions ces diverses congestions dans chacun de ces organes.

Les intestins, depuis le cardia jusqu'à l'anus, offrent chez un grand nombre de cholériques, les traces manifestes d'une congestion sanguine. Les déjections souvent sanguinolentes, l'inspection anatomique, ne laissent au-

cun doute à cet égard. En général, le canal intestinal paraît d'autant plus coloré par le sang qu'on se rapproche davantage du gros intestin; à l'extérieur, son aspect varie du rouge peu foncé au violet tirant sur le noir; à l'intérieur, ce sont des plaques rouges ou violettes, des ecchymoses dans le tissu sous-muqueux et dans le tissu même de la membrane muqueuse, qui, dans quelques points, est tout-à-fait ramollie et réduite en pulpe sanguine, état qu'on pourrait justement qualifier d'apoplexie intestinale. Nous sommes loin de regarder cette congestion comme inflammatoire, et nous concevons difficilement comment les partisans de la doctrine dite physiologique ont pu pousser à ce point le désir de voir dominer leur idée favorite et exclusive. Dans le choléra algide, ni l'existence de la diarrhée, ni la présence du sang, ni même le succès des antiphlogistiques ne servent de preuves à leur assertion. S'ils n'admettent pas avec tous les bons praticiens qu'il est des diarrhées non inflammatoires, passives, au moins doivent-ils reconnaître que la diarrhée cholérique proprement dite s'éloigne des évacuations ordinaires observées dans les gastro-entérites; on peut rendre du sang par le nez, les bronches, les intestins, sans qu'il y ait au moment de l'hémorrhagie autre chose qu'une exhalation sanguine sans aucune trace de phlegmasie.

La coloration des intestins, les ecchymoses de leurs parois, ne sont pas plus des preuves d'inflammation dans la muqueuse intestinale que les pétéchies, les taches scorbutiques, ou certaines espèces de purpura, ne le sont dans le tissu cellulaire et la peau. On arrête, par les saignées générales ou locales, la glace, les révulsifs à l'extérieur, l'épistaxis, l'hemoptysie, le melœna, etc.; les sangsues à l'anus n'agiraient elles pas aussi sur la moelle épinière, dans le cas ou celle-ci serait le siége primitif de la maladie? Placées sur l'épigastre, ne serviraient-elles pas

à débarrasser le cœur et à le ranimer? d'ailleurs, la médecine physiologique, qui depuis quinze ans a constaté un si grand nombre de gastro-entérites sur-aiguës et générales n'a point indiqué comme un de leurs symptômes la cyanose cholérique. Au moins faudrait-il admettre ici une gastro-entérite d'un genre particulier, mais ce serait sans doute un aveu pénible, car il faudrait sortir de la phlegmasie pour expliquer la cause de cette particularité.

Toutefois, lorsque la maladie s'éloigne de la période de froid, que la réaction s'opère et que la fièvre se développe, des inflammations variées peuvent se manifester dans les organes qui ont été le siège de congestions sanguines; des encéphalites, des myélites, des gastro-entérites, des péritonites, ont été observées, et en effet il est concevable que ce sang épanché, infiltré ou engorgeant les vaisseaux capillaires donne lieu à l'inflammation. Tout aussi facilement, sans doute, que le purpura peut devenir inflammatoire, et que le sang épanché dans le tissu cellulaire, à la suite d'une contusion, peut être suivi d'abcès, si le repos, les résolutifs et les saignées n'en ont point obtenu l'absorption. D'autres observateurs ont signalé les agglomérations de follicules intestinaux formant des plaques plus ou moins élevées à la surface de la membrane muqueuse, et si nous n'en avons pas parlé ce n'est pas que nous n'en ayons pas observés; mais nous avons constaté aussi que jamais ils ne paraissent après quelques heures de maladie; c'est une altération consécutive à laquelle il serait peu raisonnable d'attribuer les premiers phénomènes du choléra. Il en résulte cependant que nous ne repoussons pas l'emploi des antiphlogistiques, mais nous soutenons, avec une conviction profonde, que dans le choléra algide le plus marqué ils sont insuffisans pour guérir, nuisibles s'ils éloignent des autres moyens, et leur emploi coupable s'il est fait sans ménagement.

Bien plus, lorsque la réaction existe de la manière la plus prononcée, il ne faut pas insister trop longtemps sur les évacuations sanguines; c'est alors surtout que le choléra paraît se terminer par la fièvre typhode. Nous verrons même plus bas, en traitant de la convalescence, que quelquefois la diète rigoureuse est une cause de malaises et d'accidens, qui ne disparaissent que par une alimentation assez forte, mais convenablement mesurée. Singulière gastro-entérite, que celle qui guérirait par les alimens solides!

2.° Le cœur, dont les cavités droites sont gorgées de sang, devient, par l'effet même de cette réplétion, le siège d'une congestion sanguine qui diminue encore son action. Cet engorgement des vaisseaux du cœur se manifeste chez la plupart des sujets par des ruptures des veinules, suivies d'ecchymoses nombreuses vers la base de l'organe, et à sa surface sous le feuillet du péricarde qui le recouvre. Ces ecchymoses sont situées sur le trajet des vaisseaux; elles sont multiples, agglomérées, et semblent faites à coups répétés d'un pinceau fin. Elles résultent évidemment de la gêne de la circulation, quelle qu'en soit la cause. Formées par le sang des veines, elles expliquent aussi comment se forment en deçà la congestion et les ecchymoses intestinales.

Le cerveau, dont les fonctions se conservent si longtemps dans le choléra algide, même le plus marqué, est cependant le siège d'une stase sanguine, promptement suivie chez quelques individus de délire tout-à-fait analogue quant à ses symptômes au délirium tremens, ou nerveux, qu'on sait fort bien ne pas être de prime-abord de nature inflammatoire. Il amène cependant ici la mort par la persistance de sa cause. La céphalalgie, les vertiges au début du choléra, le délire, ou une somnolence invincible pendant sa durée, et dans la convalescence une

aberration passagère des idées, et quelquefois une sorte d'imbécillité sénile plus ou moins durable nous démontreraient l'engorgement sanguin de la substance cérébrale, si l'autopsie ne nous prouvait qu'à la suite du choléra algide, la tranche du cerveau est ponctuée d'une multitude de gouttelettes de sang, sa substance grise très-injectée, ses ventricules quelquefois aussi pleins de sérosité sanguinolente.

La moelle épinière n'est pas moins que le cerveau un centre de fluxion sanguine. Les prodrômes de la maladie l'indiquent : outre les lassitudes spontanées, les malades ressentent des douleurs contusives dans tout le trajet du cordon rachidien : douleurs intermittentes, variables pour le siége et extrêmement fatiguantes, elles persistent durant le choléra et se répétent longtemps dans la convalescence; les malades éprouvent aussi des fourmillemens dans les membres, des engourdissemes, qui ont été pris pour un indice d'hémiplégie. Les crampes sont évidemment dues, non à une gastro-entérite, mais à la congestion sanguine de la moelle épinière. Dans la convalescence, la faiblesse musculaire si caractérisée, si longue, ne peut être rationnellement rapportée qu'à l'affection du prolongement rachidien : bien plus, le trouble des fonctions intérieures doit, selon nous, s'y rapporter aussi : en un mot l'opinion qui rattacherait l'origine du choléra à une lésion du système nerveux de la moelle alongée et de la moelle épinière, comme point de départ, serait la plus probable : les médecins, qui n'ont pas indiqué dans les descriptions anatomiques du choléra l'altération de la moelle épinière, ne l'avaient probablement pas mise à découvert, ni examinée avec soin. Pour nous, chez les cholériques morts dans la période de froid, nous avons trouvé ses membranes et sa substance très-injectées, et quelquefois uniformément rouges dans toute leur étendue.

Dans une autopsie faite avec grand soin par M. Bazin, interne distingué de l'hôpital Necker, les ganglions des racines postérieures des nerfs spinaux étaient très-rouges, soit dans leur épaisseur, soit dans leur névrilemme. Or, on connait les rapports intimes établis entre ces ganglions et le trisplanchnique par les anastomoses des branches des nerfs spinaux avec les ganglions de ce dernier, ou les rameaux qui servent de communication à ces ganglions entr'eux, et par suite l'influence de la moelle épinière sur les fonctions de la vie intérieure. Il est bon de remarquer d'ailleurs, qu'en admettant les lésions du système cérébro-spinal comme cause première du choléra, plusieurs de ses phénomènes les plus importants deviennent plus faciles à concevoir. Ainsi la suspension de la sécrétion urinaire, complette dans le choléra algide, et persistant même longtemps après la réaction, trouverait une explication satisfaisante dans les expériences de Krimer. Il avait reconnu que la destruction de la moelle alongée et de la portion cervicale de la moelle épinière faisait cesser instantanément la sécrétion urinaire, quoique la respiration fût prolongée par des moyens artificiels. Est-il difficile de concevoir alors comment dans le choléra, les mêmes points de la moelle se trouvant le siége d'une congestion sanguine qui en altère plus ou moins les fonctions, la sécrétion urinaire soit suspendue complètement ou diminuée suivant le degré de la maladie ? Il faut reconnaître toutefois que dans la période d'affaissement le défaut de sang artériel, et dans celle de réaction l'abondance des sueurs peuvent aussi concourir à la rareté des urines.

Les communications du grand sympathique avec les nerfs encéphaliques et les nerfs spinaux, aident à concevoir aussi comment, sous l'influence morbide du système cérébro-spinal, l'action du cœur peut être entravée

et la respiration affaiblie; bien que celle-ci soit en général régulière dans le choléra, elle est manifestement ralentie et peut être modifiée directement en ce sens par l'intermédiaire des nerfs intercostaux, le long desquels quelques malades ont éprouvé des douleurs quelquefois fort vives.

Du reste, il est au moins curieux de rapprocher les symptômes de certaines affections de la partie supérieure de la moelle-épinière avec ceux du choléra algide. On trouve, dans le *Traité de la moelle-épinière* de M. Ollivier d'Angers, l'observation suivante :

Un enfant né à terme était au bout de trois heures dans l'état suivant :

Les pieds et les mains étaient devenus violets et froids, la respiration ne s'opérait plus à des intervalles aussi rapprochés, insensiblement le refroidissement des extrémités gagna le reste des membres et le tronc; la respiration s'opérait à de plus longs intervalles; elle devint convulsive : cet état persista pendant six ou huit heures; ses cris devinrent plus faibles et plus éloignés. Il mourut dans un véritable état *d'asphyxie* au bout de vingt heures et demie.

Bien que la mort ait été ici attribuée à l'asphyxie, l'autopsie prouva que les poumons étaient *très-sains*. Leur partie inférieure n'était compacte que parce qu'elle n'avait pas encore été pénétrée par l'air. Il est évident, d'après l'observation, que la respiration ne se faisait pas par défaut d'influence du bulbe rachidien et de la moelle. C'était une anencéphalie complète avec méningite rachidienne; la protubérance annulaire et la moelle alongée manquaient. La membrane muqueuse de l'estomac était très-rouge; il y avait dans les intestins grêles quelques rougeurs partielles.

Cette coloration de la membrane muqueuse intestinale

était évidemment due à la gêne de la circulation. Dans la mort par strangulation, la membrane muqueuse de l'estomac est aussi très-rouge. Sans vouloir chercher ici des analogies forcées, nous laissons aux lecteurs à apprécier jusqu'à quel point l'altération des fonctions du bulbe rachidien et de la moelle-épinière pourrait être prouvée dans le choléra par l'analogie des symptômes et de l'autopsie cadavérique avec ceux qu'a présentés ce cas d'anencéphalie.

Voici du moins sur quoi se fonde notre conviction.

1.° La moelle-épinière, le bulbe rachidien, leurs membranes sont le siége d'une congestion prouvée par l'inspection anatomique à la suite du choléra algide. Quelquefois, il est vrai, mais ordinairement plus tard, les traces de la congestion ont disparu.

2.° L'engorgement sanguin de cette partie du système nerveux et de ses enveloppes est la cause des douleurs du rachis, des douleurs musculaires, des crampes, de la raideur tétanique des membres, phénomènes caractéristiques et primitifs.

3.° Les communications de la moelle-épinière avec le grand sympathique nous font concevoir la suspension de la sécrétion urinaire, le trouble de la circulation, la gêne de la respiration, et par suite la lenteur de l'hématose.

Une seule fois l'un des ganglions sémilunaires nous a paru rouge et injecté. Nous sommes toutefois loin de nier que les ganglions nerveux abdominaux puissent être intéressés par l'état de congestion du système nerveux; mais nous ne pouvons admettre avec M. Delpech que la lésion du système ganglionnaire abdominal soit l'unique cause du choléra.

De la rate. — Au milieu de ces viscères abdominaux plus ou moins gorgés de sang, il en est un dont les fonctions sont peu connues jusqu'à ce jour, et dont l'aspect

est trop remarquable dans le choléra algide avec cyanose pour que nous le passions sous silence : c'est la rate. Constamment nous l'avons vue, sur les cadavres des malades qui avaient péri pendant la période de froid, petite et dure. Incisée, elle nous a semblé réduite au tissu fibreux qui lui sert d'enveloppe et se divise dans son intérieur ainsi qu'aux vaisseaux qui la constituent. Sa tranche était violette comme les parois veineuses, sèche de diffluente qu'on la trouve si souvent. Au contraire, lorsque la mort n'est survenue qu'au bout d'un certain nombre de jours, et que par conséquent la circulation s'était rapprochée de son état normal, elle nous a paru plus volumineuse que dans la période de froid, moins solide à la pression, quelquefois même assez molle, ordinairement d'un rouge vif, et d'autant plus remplie de fluide sanguin, que la mort avait été plus éloignée du choléra algide.

La rate, espèce de tissu caverneux extensible, érectile, reçoit dans l'état sain une grande quantité de sang artériel, et jette son sang veineux dans le système de la veine-porte. Lorsque les phénomènes de la syncope cholérique commencent, il est vraisemblable qu'elle continue à se débarrasser de son sang veineux, tandis que graduellement le sang artériel lui manque, et bientôt la circulation s'interrompt dans cet organe. Non seulement elle est privée de sang, elle cesse de contenir aussi ce fluide épais et de couleur lie-de-vin qui semble faire partie de sa substance propre, et qui n'est autre sans doute que le produit de l'élaboration du sang par la rate, et pour ainsi dire sa sécrétion. Ainsi pendant le choléra algide, deux phénomènes anatomiques bien remarquables, essentiellement liés l'un à l'autre, ont lieu dans la rate. 1.° Absence du sang artériel et veineux, le tissu de l'organe réduit à ses tissus d'enveloppe et vasculaire. 2.° Absence du fluide

propre dont la présence est nécessairement liée à la circulation du sang artériel, et qui par cela même se rapproche des fluides sécrétés.

De plus, il résulte de ces faits anatomiques que l'afflux du sang artériel et les mouvemens réguliers du cœur qui le poussent sont seuls capables de distendre les enveloppes de la rate au point correspondant à son volume normal, car ici la circulation veineuse abdominale étant plutôt ralentie qu'accélérée, la stase du sang veineux dans la rate devrait avoir lieu et produire son effet habituel, la distension de l'organe avec ou sans rupture, et l'infiltration séreuse : or, cette stase du sang veineux n'a point lieu sans doute, parce que la résistance des enveloppes de la rate est supérieure à l'effort de distension que pourraient causer la vitesse et la masse du sang des veines. Il est vrai, d'une part, que dans le choléra le cours du sang veineux est ralenti, et d'autre part on pourrait admettre que chez les cholériques, où la stase sanguine abdominale est des plus marquées, il se passe dans la rate ce qu'on y observe à la suite des morts par hémorrhagie, la diminution de son volume. D'après nos idées, cela est fort concevable, car il y a bien véritablement chez ces malades hémorrhagie intestinale.

Convalescence. Les incommodités ressenties pendant la convalescence se rattachent encore à la lésion du système nerveux cérébro-spinal. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner les plus ordinaires : prostration extrême, pesanteur et incertitude des mouvemens, pincemens, crampes intermittentes dans les membres, douleurs le long du rachis, surtout entre les deux épaules ; de temps à autre sans motif appréciable et pour quelques minutes, malaise, étouffement, anxiété, douleur précordiale, refroidissement des extrémités, ralentissement de la circulation, petitesse du pouls, congestion passagère du

cerveau, qui semble au convalescent comme étranglé dans le crâne. Du côté du ventre, anorexie ou avidité pour les alimens, paresse intestinale, digestions lentes, constipation due à l'inertie musculaire des intestins, et quelquefois à leur état spasmodique, retour lent de la sécrétion urinaire, défécation difficile. Quelques phénomènes de la convalescence se rapportent aussi à l'état particulier de tel ou tel organe. Nous avons déjà noté plus haut la douleur spasmodique du cœur : l'un de nous a observé plusieurs fois une douleur permanente et fort incommode dans la région de la rate; quelquefois très-prononcée dans le choléra algide, tient-elle, dans la convalescence, au retour de la circulation régulière de l'organe, comparable, dans ce cas, à la douleur que produit l'afflux du sang dans des parties qui en ont été privées quelque temps comme après le refroidissement par cause externe. Si telle était en effet la cause de cette douleur, on devrait l'observer toutes les fois qu'après la période de froid une réaction franche s'établit, et c'est ce que nous n'avons pas encore vérifié.

En terminant nos observations sur le choléra algide, nous ne pourrions rien donner de plus précis de notre opinion sur la marche de la maladie, que l'énumération simple des symptômes du choléra dans l'ordre où ils se succèdent, en supprimant tout ce qui n'est qu'épiphénomènes. Cette énumération pourrait nous conduire à diviser la maladie en trois périodes, dont la distinction ne serait pas sans intérêt pour le traitement.

Première période. — Symptômes d'altération des fonctions du système cérébro-spinal, tels que vertiges, douleurs rachidiennes, crampes, etc., lenteur de la respiration, contracture du cœur.

Deuxième période. — Ralentissement de la circulation artérielle, ralentissement de la circulation capillaire vei-

neuse abdominale, diarrhée cholérique tirée de la sérosité du sang, consistance plus grande de ce fluide, gêne de l'hématose.

Troisième période. — Trois modes : 1.° Refroidissement général, cyanose, engorgement graduel du système nerveux et du cœur, syncope mortelle. 2.° Réaction franche par les efforts de la nature ou obtenue par l'art ; retour lent des fonctions à leur état normal, marche régulière. 3.° Réaction incomplète, alternatives de refroidissement et de chaleur, sorte de syncope chronique, ou bien ataxie, fièvre typhode. Dans les deux cas, mort fréquente.

L'indication de ces divers modes de la troisième période suffit pour faire voir combien il y a de chances funestes dans cette terrible maladie. Mais si l'ordre des phénomènes dans les deux premières était tel que nous l'indiquons, et surtout si les secours de l'art n'étaient pas trop tardifs, peut-être serait-on arrivé à donner au traitement une marche plus assurée. Nous n'osons toutefois nous flatter encore d'un aussi heureux résultat dans une maladie qui échappe autant à l'analyse, et lorsque la science n'en est, pour ainsi dire, qu'aux conjectures ; mais si par nos recherches nous avions fait un pas de plus vers ce but, nous croirions n'avoir pas perdu notre temps.

Du choléra épidémique de Paris ; par A. Velpeau, *chirurgien de la Pitié.*

Tant d'écrits ont été publiées déjà sur le fléau qui vient de décimer la population de Paris, que les lecteurs de journaux doivent en être fatigués. Si, parmi cette foule de productions, il en était qui apprissent réelle-

ment à dompter une aussi redoutable calamité, le silence deviendrait un devoir pour quiconque n'a point de découverte à proclamer; mais nous sommes encore si loin de là que chacun se sent en quelque sorte forcé de dire son mot, sur ce point, en attendant mieux. D'ailleurs, pour que l'histoire du choléra de France puisse être faite un jour avec toute l'exactitude convenable, il importe que les matériaux en soient élaborés d'avance, et que les personnes qui ont été chargées de quelque service public fassent connaître le résultat de leurs observations.

Les faits qui servent de base principale à mes remarques sont au nombre de 163. 19 ont été recueillis dans les salles de chirurgie dont j'ai la direction, 63 dans les salles spéciales de cholériques de la Pitié, et 81 dans la ville. Les notes relatives aux deux premières séries m'ont été remises pour la plupart par M. Murdoch interne de ma division, et par M. Lediberder externe, qui, ainsi que MM. Baroux, Fuente, Lebatard, Linarès et Testot, autres externes du même service, ont été chargés de surveiller l'exécution des prescriptions ou de les exécuter eux-mêmes et s'en sont acquittés avec un zèle et une assiduité au-dessus de tout éloge. Avant de partager le service spécial établi dans l'établissement j'avais dû observer 200 autres cas de choléra qu'on y avait admis jusque-là, puisque chacun de nous devait passer chaque jour une heure de garde près des malades; mais ne les ayant point eus sous ma direction, je n'ai pas voulu les faire entrer dans mon relevé. Il en est de même d'une partie de ceux que j'ai vus dans la ville et dont il ne m'a pas été possible de recueillir avec assez de soin tous les détails. Sur ce nombre se trouvent 83 hommes, un enfant âgé de 2 mois, un autre âgé de 18 mois, un autre âgé de 3 ans, un autre âgé de 5 ans, et 76 femmes. Le second des enfans est mort. J'ai perdu 23 femmes et 16 hommes; en tout 40. 122 sont guéris. Parmi les morts, je comprends, 1.° à l'hô-

pital : un jeune homme, prisonnier pour délits politiques, qui, à peine convalescent d'une dothinentérie de six semaines, fut pris du choléra bleu, et semblait en être sauvé, lorsqu'une stupeur et un état adynamique vinrent l'emporter au 15.e jour. Ses intestins étaient criblés d'ulcères. Un phthisique, dont l'affection pulmonaire, un moment arrêtée par le choléra, reprit immédiatement après sa marche accoutumée, et le fit périr au bout de trois semaines sans autres symptômes que ceux de la consomption tuberculeuse. Une femme qui nous fut amenée le huitième jour, et qu'une péritonite, avec épanchement considérable, enleva dans les 24 heures. 5 autres, 3 hommes et 2 femmes, qui sont arrivés mourans ou que je n'ai plus trouvés le matin à l'heure de la visite. 2.° Dans la ville, un homme malade depuis vingt heures et qui mourut en ma présence cinq minutes après mon arrivée. Une femme que je vis le cinquième jour et qui était à l'agonie. Une dame qui, récemment accouchée, offrit d'abord des signes évidens de péritonite, et ne fit appeler du secours que le quatrième jour. Une autre dame, en proie, depuis longues années, à une lésion organique incurable de l'abdomen. Un jeune homme arrivé au second degré de la phthisie pulmonaire. J'admets, d'un autre côté, comme cholériques, toutes les personnes qui ont présenté l'ensemble des symptômes de l'affection désignée sous le nom de *cholérine*. J'ai rangé ces malades en trois séries : la première, composée de ceux qui ont eu le choléra intense, bleu, algide, asphyxique, avec *voix enfantile*, etc., ne comprend que 58 personnes, dont 35 à l'hôpital et 23 dans la ville. Je place dans la deuxième les individus qui, après avoir été pris de diarrhée ou de nausées pendant quelques jours, ont éprouvé tout-à-coup d'autres symptômes évidens de choléra, tels que crampes, vomissemens, coliques, faiblesse du pouls, altération des traits, refroi-

dissement de la face, de la langue et des extrémités, mais chez lesquels la teinte livide ou bleue ne s'est point manifestée. J'en compte 42 de cette espèce, dont 11 à l'hôpital et 31 en ville. Enfin, la troisième est relative aux cas qui n'ont offert qu'une partie des symptômes du choléra grave; la diarrhée sans vomissemens, par exemple, ou les vomissemens sans diarrhée, ou des crampes et de simples nausées, ou bien encore ces divers phénomènes réunis mais à un faible degré. Mon tableau en porte 62. — Ainsi :

Choléra au plus haut période (3.me degré).	58
grave mais simple (2.e degré).	43
Cholérine (1.er degré).	62
TOTAL.	163

Ceci posé, il est facile de s'expliquer comment je n'ai perdu qu'un malade sur quatre environ, de même qu'on ne pourra se méprendre sur la valeur de mes assertions, quand je parlerai de tel ou tel degré de la maladie.

§ I.er 1.° *Anatomie pathologique.* — Les désordres cadavériques dont j'ai constaté l'existence sont si variables et tellement nombreux, qu'il importe avant tout, de distinguer ceux qui sont essentiels de ceux qui ne sont qu'accessoires ou secondaires. Tout ce que les systêmes nerveux, circulatoire, pulmonaire, génito-urinaire; musculaire, osseux, ont présenté d'appréciable, me paraît appartenir au premier genre; mais, quoique ce soit dans l'appareil digestif que le mal ait incontestablement fixé son siège, il n'en faut pas moins tenir compte des changemens éprouvés par les autres ordres d'organes.

a. La cavité *encéphalo-rachidienne*, ouverte avec tout le soin possible chez treize sujets, et toutes les parties qu'elles contient étudiées sur dix d'entr'eux avec une patience vraiment admirable, par M. A. Thomson, jeune médecin anglais rempli d'instruction et de zèle, ont

presque constamment présenté les mêmes caractères. L'arachnoïde, plaquée d'espace en espace d'une couleur louche ou blanchâtre, n'était pas autrement altérée. Un liquide séreux, transparent, s'est toujours trouvé entre la moelle et le feuillet libre de sa membrane diaphane, en certaine quantité, en plus forte proportion que ne l'indique M. Magendie pour l'état naturel. Il en existait aussi entre les circonvolutions cérébrales, et souvent jusqu'à trois, quatre et cinq cuillerées dans les ventricules. Les deux ordres de vaisseaux de la pie-mère, généralement injectés de sang noir, ne pouvaient guère être distingués l'un de l'autre dans le rachis, à cause de leur extrême ténuité; mais à la surface du cerveau, M. Thomson nous a très-bien fait voir que la congestion occupait surtout les ramuscules artériels, tandis que la plupart des veinules étaient à-peu-près vides. Le tissu cérébral, un peu ferme, pointillé de rouge, semblait d'ailleurs parfaitement sain, et je ne pense pas devoir réfuter M. Thomson qui, dans diverses feuilles volantes, a émis l'opinion que l'épanchement séreux et la stagnation artérielle dont je viens de parler, ont pu causer la mort par leur pression, soit excentrique, soit concentrique sur la substance du cerveau. Tout ceci se rattache évidemment à la turgescence universelle des tissus. Les altérations du *ganglion semi-lunaire* et du grand sympathique en général, supposées par M. Scipion Pinel et annoncées par M. Delpech, ont été vainement cherchées par nous. La teinte rouge, ou même livide, l'aspect onctueux et mollasse que présente parfois ce système derrière l'estomac, ne peuvent point être admises à titre de lésions morbides. On les rencontre sur toutes sortes de cadavres indifféremment : ce n'est que par inadvertance et par oubli de ce que font voir les dissections de chaque jour, qu'on a pu avancer le contraire, et dire que là était la cause anatomique du choléra.

b. Le *cœur*, un peu diminué de volume, assez souvent flasque et rempli de sang noir, encore fluide ou cailleboté, nous a présenté, mais une seule fois, la disposition suivante : quoique son enveloppe fût lisse, souple et dans l'état le plus naturel, il n'en était pas moins entouré d'une couche fort épaisse de matière onctueuse, semblable à du mucus bronchique. Cette matière tapissait la face interne du péricarde comme la surface du cœur, et se voyait surtout en quantité notable au fond des intervalles qui séparent les racines artérielles et veineuses en sortant des oreillettes ou des ventricules. La totalité peut en être évaluée à deux cuillerées. Les voies respiratoires n'avaient point encore été touchées. On avait ouvert le péricarde avec soin. Il a d'ailleurs été facile de s'assurer que l'écume en question s'était formée où nous la trouvions, et qu'elle n'avait pu y être apportée d'aucun autre point. Comment y était-elle née, qui a pu la produire, d'où a pu transsuder une telle proportion d'air ? Je n'en sais rien. Je me borne à constater le fait, en faisant remarquer que les plèvres et le péritoine n'offraient rien de semblable.

Jamais la moindre trace de phlébite ou d'artérite. Quelquefois vides jusqu'à leur troisième ou quatrième divisions, les vaisseaux n'en étaient pas moins très-souvent entourés d'ecchymoses, et quelquefois de larges plaques sanguines. Un malade âgé de 33 ans en avait l'aorte thoracique couverte, bien que la plèvre et le tissu cellulaire ambiant n'offrissent aucune apparence de phlegmasie. Accumulé dans les rameaux ou les capillaires, et devenu noir ou bleuâtre, à l'intérieur comme à l'extérieur, pas plus dans les veines que dans les artères, en plus grande proportion même dans ces dernières, le sang semblait réellement y avoir été retenu par un stimulus général, pendant que les canaux de premier ordre, rétractés,

revenus sur eux-mêmes, auraient cessé de lui accorder un libre passage. Il est inutile, je pense, d'ajouter que ce genre de lésions ne peut avoir aucune connexion avec la mort des sujets, et que ce sont des effets d'un autre ordre de causes.

c. La *teinte livide* du tégument externe est, sans aucun doute, une dépendance de cet état du sang et des vaisseaux capillaires. Je l'ai retrouvée à l'intérieur de la vessie, du rectum, du vagin, de la bouche et même du pharynx, chez un certain nombre d'individus. Elle se voit encore assez fréquemment dans le duodénum, puis dans l'estomac. Cependant je ne l'ai observée que deux fois dans ce dernier organe, où il m'a toujours été facile de la distinguer de toute autre coloration, soit cadavérique, soit pathologique. Elle a déjà cela de particulier qu'elle persiste après la mort comme pendant la vie. Ensuite la combinaison des fluides et des tissus est tellement intime, qu'il n'y a pas moyen de la confondre soit avec l'imbibition soit avec les congestions ordinaires. La roséole, que j'ai vu survenir sur trois malades qui ont guéri, et que MM. Rayer et Rullier ont déjà signalée, me paraît être une dépendance du même état de la circulation.

d. La seule particularité qu'il y ait à noter sur les muscles, c'est qu'ils sont généralement faciles à rompre et gorgés de sang fluide. La teinte rosée des dents et des os, notée dès le principe par nos garçons d'amphithéâtre comme par ceux du Val-de-Grâce, n'est rien moins que constante. Elle n'existait en aucune façon, entre autres, sur un sujet mort au bout de cinq jours d'un choléra bleu des plus prononcés, et dont les os furent sciés, examinés en présence de MM. Fallot, de Namur, Thomas, Morand, de Tours, et de plusieurs autres médecins venus de province pour étudier l'épidémie. C'est une disposition com-

mune, mais sans importance, et qui mériterait à peine d'être rappelée, si quelques personnes n'avaient eu la singulière idée de la rapporter à une ostéïte générale!

e. Les yeux ont quelquefois offert une altération qui, quoique surprenante au premier abord, n'en est pas moins un phénomène fort simple. La cornée se ternit, se noircit même et se durcit, ainsi que les deux portions de la sclérotique qui lui correspondent latéralement, au point de perdre toute espèce de transparence, de prendre, plusieurs heures avant la mort ou immédiatement après, l'aspect d'une plaque de corne ou de colle de poisson desséchée. L'organe de la vue cessant en quelque sorte de vivre avant le reste de l'organisme, l'atmosphère réagit dès-lors sur lui comme sur un cadavre. La preuve, c'est que le phénomène dont je parle, et que j'ai observé trois fois, ne se remarque que sur la portion de l'œil qui reste habituellement découverte et jamais sur les points que les paupières continuent de cacher jusqu'à la fin.

f. Rien de constant n'a été noté dans les poumons. Tantôt un peu engoués dans leurs portions les plus déclives, légèrement emphysémateux dans quelques cas, ils étaient le plus souvent gorgés de sang noir comme tous les autres tissus, en proportion moindre cependant que leur texture ne porterait à le supposer. Je n'ai trouvé des apparences de couenne phlegmasique à leur surface que chez quatre sujets. Les plèvres renfermaient en même temps de deux à six ou huit onces de sérosité légèrement floconneuse ou rougeâtre. Le moins avancé de ces individus était mort le 5.e jour. Un homme âgé de 55 ans, très-fort, et qui succomba avec les apparences d'une angine œdémateuse, au 5.e jour de la période de réaction, ne nous offrit aucun boursoufflement du larynx et rien de notable non plus dans le système pulmonaire; mais l'appareil circulatoire de l'encéphale était le siège d'une congestion très-prononcée.

g. Le foie ne nous a rien offert d'appréciable ni dans son volume, ni dans sa couleur, ni dans sa consistance, quoique la vésicule du fiel ait presque toujours été trouvée distendue par une matière rousse très-foncée, à l'exception d'un seul sujet qui l'avait rempli de calculs. Les canaux hépatique, cystique et cholédoque étaient parfaitement libres. L'examen le plus scrupuleux de leur tunique interne ne permet pas de lui attribuer la moindre altération morbide, en sorte que si ce vaste appareil sécréteur joue quelque rôle dans le choléra, c'est évidemment au fluide biliaire qu'il faut l'attribuer.

i. On a beaucoup parlé de l'état des voies urinaires, de la contraction de la vessie, surtout. Tous nos malades l'ont effectivement présenté, excepté trois chez qui cet organe était assez distendu pour contenir de un à deux verres d'urine. Le premier, homme âgé de 45 ans, mourut le 4.ᵉ jour d'un choléra bleu très-prononcé; le second, vieillard âgé de 67 ans, ne succomba que le 13.ᵉ jour; et la troisième, femme âgée de 47 ans, était arrivée au 10.ᵉ jour de la maladie. Du reste, que cette poche fût vide ou pleine, *coarctée* ou distendue, elle n'en était pas moins tout-à-fait saine. Sa face interne, tantôt bleuâtre, tantôt d'une pâleur remarquable, nous a, deux fois, présenté cette dernière teinte, lorsque la peau et le tube digestif avaient été le siége d'une cyanopathie des plus opiniâtres. Rarement on a pu y observer quelques points ecchymosés. Les reins, les uretères, n'ont donné lieu à aucune remarque digne d'être notée.

j. Tous les élémens anatomiques des voies alimentaires devaient être et ont effectivement été l'objet d'un examen attentif. La coloration de la matière des déjections, ordinairement floconneuses, et d'un jaune ou d'un blanc sale, s'est fréquemment rapprochée vers la fin de celle du café au lait, du chocolat, ou de la lie-de-vin rouge.

Elle était généralement en rapport avec celle de la membrane muqueuse intestinale, qui était encore plus variable. Chez quatre malades : 1.° une jeune anglaise, morte le troisième jour, dans le commencement de l'épidémie, et ouverte au bout de quatre heures; 2.° un paysan, mort en deux jours, qui était dans l'hôpital depuis un mois pour une double cataracte, et que nous ouvrîmes vingt-sept heures après la mort; 3.° une homme, âgé de 54 ans, d'abord pris de diarrhée, puis d'un choléra intense qui l'enleva en dix heures, le 27 avril, et dont l'autopsie fut faite huit heures après; 4.° enfin, une femme qui succomba dans la période de réaction, dix jours après s'être alitée, le 12 mai, et que nous examinâmes quinze heures après, cette membrane n'était le siége d'aucune tache, d'aucune rougeur, d'aucune ecchymose, et le système vasculaire du voisinage ne présentait pas la moindre congestion apparente, quoiqu'aucun de ces cholériques n'eût été saigné, et que l'un d'eux, le paysan, eût pris du camphre et de l'éther en certaine quantité pendant sa maladie. Chez tous les autres, elle était rouge, soit régulièrement depuis le cardia jusqu'au cœcum, soit dans quelques points seulement, à des degrés divers, mais qu'on peut classer entre le rose clair, l'hortensia et le pourpre foncé. Au premier coup d'œil, la nuance noirâtre aurait pu faire penser à la gangrène. Pour peu qu'on y regardât de près, néanmoins, il était facile de voir qu'au fond la vitalité des tissus avait à peine été altérée et que cette teinte de sphacèle était purement sanguine.

Bien qu'alors il y eut un assez grand nombre de véritables ecchymoses, il faudrait se garder cependant d'admettre comme telles toutes les taches, les petites plaques pointillées qui se voient dans l'épaisseur de la membrane ou le tissu cellulaire sousjacent. En observant, après l'avoir lavée et bien abstergée, une portion d'intestin

contre le jour, on arrive facilement à constater que le sang n'est point sorti de ses vaisseaux, qu'il est simplement accumulé dans certaines touffes de capillaires qui, presque partout, n'en laissent pas moins un intervalle libre entr'eux. Un homme adulte, mort au cinquième jour, dans les derniers temps de l'épidémie, le 7 mai, nous a surtout donné la preuve de ce fait. Ses intestins, d'un rouge cramoisi dans une foule de points, semblaient être couverts de larges ecchymoses. Ce fut le cri de la majeure partie des assistans, dont plusieurs parlèrent aussi de gangrène. L'un d'eux cependant, M. le docteur Thomas, ancien interne de la Pitié, éleva des doutes sur ce fait, soutint même qu'aucune ecchymose n'existait, et qu'on s'en laissait imposer par les apparences. Le tube digestif, lavé, nétoyé, étalé, retourné de toutes les manières, vu à l'œil nu et à la loupe, a prouvé qu'en effet ces plaques, même les plus larges et les plus épaisses, étaient constituées par la portion fluide du sang, échappée avec un peu de matière colorante par exhalation de ses propres vaisseaux, et qu'il n'y avait qu'un très-petit nombre de véritables ecchymoses.

Au lieu de cette teinte sanguine j'ai souvent rencontré, dans les premiers temps du choléra, un aspect blanchâtre, tirant sur le jaune de la tunique muqueuse, que je n'ai presque plus retrouvé à partir du milieu d'avril. C'est un état assez semblable à celui que présentent les sujets morts de péritonite puerpérale. Les valvules de Kerckringius, boursouflées, sont cotonneuses ou comme veloutées et paraissent s'être imbibées d'un liquide laiteux à la manière d'un éponge.

Jamais nous n'avons trouvé dans les entrailles d'ulcère, de ramollissement, de fragilité de tissu, qu'il fût permis de rapporter au choléra. Mais les follicules et les villosités ont souvent offert des changemens qui ne peuvent pas être passés

sous silence. Les granulations isolées (vulgairement glandes de Brunner), ont surtout dû fixer l'attention. En petit nombre dans le jéjunum, existant par centaine dans l'iléon, elles se voyaient particulièrement dans le cœcum et le colon. Pouvant à peine être distinguées à l'œil nu chez quelques sujets, elles avaient acquis, chez la plupart des autres, un volume égal à celui d'un grain de mil, de chénevis, de coriandre, ou d'une tête d'épingle. L'immersion des parties dans l'alcohol est un excellent moyen de les faire ressortir sur le fond demi-transparent de l'intestin. Dures, opaques, difficile à écraser sous le doigt, elles ne nous ont que rarement permis de constater, soit à l'œil nu, soit à la loupe, la présence d'un pertui à leur sommet. Je n'ai pas vu qu'elles pussent être considérées comme des organes nouveaux. Ce ne sont que des élémens naturels hypertrophiés; mais il est bon de remarquer qu'elles n'appartiennent pas au même ordre que les grains qui forment une couche si épaisse dans le duodénum, qu'on retrouve aussi dans l'estomac, et qui portent également le nom de Brunner. J'en ai rencontré à toutes les époques de la maladie, sans que jamais elles aient varié autrement que par le nombre, le volume et la couleur, encore n'y a-t-il rien de fixe sur ce point. Jamais elles ne se sont ulcérées : elles n'ont point changé de nature, pas plus à la fin qu'au commencement de l'épidémie, le dixième ou le quinzième que le premier jour de l'affection. Le rôle que M. Dupuytren avait cru d'abord pouvoir leur attribuer, ne leur appartient réellement pas. L'opinion émise ensuite par MM. Serres et Nonat, qui placent dans ces glandes le siége précis du mal, qui en regardent le développement comme la lésion anatomique essentielle du fléau dévastateur dont il s'agit, ne serait certainement pas digne d'une réfutation sérieuse, si elle n'avait été proclamé en pleine académie par des hommes aussi honorables. Rien

n'est commun comme de rencontrer de pareils boutons dans les intestins de jeunes enfans dont les voies digestives n'ont jamais été malades. Dans leur état naturel, les entrailles des chiens en présentent de bien plus volumineux encore. J'ai peu disséqué de cadavres pour mes leçons d'anatomie, dans le but de démontrer l'arrangement organique du tube alimentaire, qui n'en offrissent de semblables. Pendant l'épidémie même, des sujets morts de maladies étrangères au choléra, une femme entr'autres qui succomba aux progrès naturels d'une affection du cœur, en avaient de tout à-fait analogues. Il en a été de même depuis. Le 7 de juin encore, il est mort dans mes salles, un homme, âgé d'environ 50 ans, qui n'avait de sa vie eu d'autres indispositions qu'un catarrhe pulmonaire et un engorgement extérieur de tous les ganglions lymphatiques. Ses intestins n'en étaient pas moins criblés de l'éruption qui a tant occupé MM. Serres et Nonat. Les quatre planches annexées à l'ouvrage de Rœderer et de Wagler prouvent qu'elle existait aussi dans l'épidémie de Gœttingue. La cause de ce malentendu est d'ailleurs facile à expliquer. Cette éruption est naturelle. Toutes les maladies avec appel de fluides vers les intestins l'augmentent. Elle passe inaperçue dans les cas ordinaires parce qu'on ne la cherche pas. Dans le choléra, étant plus prononcée, on la remarque davantage. Ne trouvant aucune altération constante, ne sachant qui accuser de tant de symptômes si graves, on s'en est pris à la première lésion un peu fixe qui se soit présentée, oubliant que cette lésion était tout simplement un exagération de l'état normal. Dans ce sens on aurait pu tout aussi bien faire du choléra une maladie des villosités, qu'une affection boutonneuse, qu'une *psorenterie*; car les follicule de Lieberkun sont pour les moins aussi fréquement dénaturées que les glandules de Brunner. Chez presque tous les sujets, en effet, qui avaient eu des

évacuations pultacées, nous les avons trouvées épaissies, gonflées, au point de donner aux valvules conniventes surtout un aspect velouté des plus remarquable. Gorgées de sang et des autres fluides, pointillées de rouge, elles offraient partout une apparence morbide incontestable; mais, je n'ai pas besoin de dire que cet état est une conséquence naturelle de leur contact avec les matières de l'intestin, et de l'afflux général dont l'appareil digestif est alors le siège.

k. Reste le péritoine et les vaisseaux mésentériques. Il est de toute évidence que les traces de phlegmasie, d'ailleurs très-rares, de la membrane séreuse de l'abdomen, n'ont jamais été qu'une suite du bouleversement général de l'organisme. Quant au systême circulatoire, il était encore bien plus gorgé de sang que partout ailleurs. Comme au cerveau, la congestion existait au moins en aussi forte proportion dans les capillaires artériels que dans les veinules. La teinte noire du fluide aurait pu seule porter à penser le contraire; mais il n'y avait pas plus de lésion de tissu de ce côté que dans les autres systêmes organiques, que dans les diverses tuniques intestinales. Il m'a été impossible de rien appercevoir dans les canaux chylifères ni dans les ganglions lymphatiques.

2.° *Nature.* Indiquer le rapport qui existe entre les lésions que je viens de décrire et les symptômes du choléra, est encore impossible. Aucune raison, pendant la vie, ne porte, ainsi qu'on a pu le voir, à donner le systême nerveux comme cause des accidens, et rien, après la mort, ne permet d'y songer. Le systême circulatoire est dans le même cas. Le pouls des cholériques ne s'affaiblit, ne disparaît, qu'en second lieu. La teinte bleuâtre, le froid glacial des extrémités ne se montrent pas dès l'abord. Quelques autres symptômes les précèdent toujours. Les altérations du systême pulmonaire ne sont par elles-mêmes d'aucune impor-

tance. C'est donc du côté des voies alimentaires qu'on est en quelque sorte forcé de tourner ses regards. Là se trouve, on n'en peut douter, la cause anatomique des phénomènes morbides : état nauséeux, vomissemens, diarrhée, coliques, sensibilité à l'épigastre, douleurs dans le ventre, la nature, d'ailleurs, si caractéristique des souffrances, qui se retrouvent isolément ou rassemblées chez tous les sujets, dès le début de l'affection, tout, en un mot, le prouve, avant la mort, et, sur le cadavre, cet appareil est le seul qui offre à peu-près constamment des altérations réelles, incontestables. Mais ceci n'est qu'un point dans la question, et n'avance malheureusement que très-peu la solution du problême. Il saute effectivement aux yeux que tant de désordres ne dépendent pas d'une cause ordinaire, qu'ils ne sont que le résultat d'un travail morbide plus intense et tout-à-fait spécial. Tout ce qu'on peut dire, quant à présent, sur ce point, c'est que le choléra ne peut être comparé qu'aux empoisonnemens. Qu'il vienne du dehors et soit transmis par le contact ou par l'atmosphère, que les alimens en soient le véhicule, ou qu'il se développe à l'intérieur même de l'organisme, peu importe au fond ; ce qu'il y a de certain, c'est que chez les individus qui en sont atteints tout dénote les ravages d'un poison pendant la vie, et que, après la mort, l'idée d'une intoxication se représente encore avec la même force.

Une question, que je ne puis me dispenser de toucher en passant, question brûlante, à cause de sa gravité et des préventions dont il n'a malheureusement pas été possible de la séparer, est celle de la *contagion*. N'ayant rien à voir dans les débats qu'elle a soulevés, je pourrais l'envisager avec tout le calme et toute l'impartialité nécessaire ; mais il reste trop de doute encore dans mon esprit, pour que je me déclare absolument en faveur de ses partisans ou de ses antagonistes. D'ailleurs, il n'est peut-être pas temps encore de

la discuter avec tout le soin, et de lui accorder tous les détails qu'elle comporte. Je m'en tiendrai, en conséquence, au rôle de simple narrateur, et laisserai à d'autres le soin d'interpréter les faits que j'ai observés. Afin qu'à ce sujet on ne me reproche pas d'être en contradiction avec moi même, je dois avant tout m'expliquer sur une note insérée dans les journaux politiques, où les médecins de la Pitié déclarent formellement que le choléra n'est pas contagieux. Délibérée en commun, dans le but de rassurer le public, cette note devait être signée de nous tous. Lorsque j'avouai n'être pas convaincu de ce qu'elle avançait, il me fut objecté qu'une pareille annonce étant toute de circonstance ne pouvait avoir aucune valeur scientifique. Je me rendis à cette observation et mis aussitôt mon nom à côté de celui de mes collègues.

Ici, au contraire, je dois dire ce qui s'est passé sous mes yeux. Or, une foule de faits recueillis dans ma pratique de la ville me paraissent plaider pour la contagion.

1.° Un homme, âgé de 55 ans, qui était resté quelques heures près de deux de ses amis affectés du choléra, en est atteint lui-même trois jours après, et succombe en huit heures, rue Vieille du Temple. 2.° Son fils aîné, âgé de 23 ans, qui le soigne jusqu'au dernier moment, est pris le lendemain à deux heures de la nuit, et meurt à neuf heures du soir. 3.° La mère, 4.° puis la fille, 5.° puis un autre fils, qui arrive de ses ateliers au secours de cette dernière, éprouvent les mêmes atteintes, mais à un moindre degré. 6.° Il en est de même d'un enfant de 10 ans, qui vint la voir, 7.° d'un artiste, qui demeure un étage plus haut, et 8.° de sa femme. 9.° Un autre personne est encore morte dans la même maison, qui n'a d'ailleurs rien de plus insalubre que les habitations voisines ; sans être riches, toutes ces personnes vivaient à l'aise, et n'avaient l'habitude d'aucun excès.

2.° Un épicier de la rue de la Harpe, est pris le matin. Je m'informe et j'apprends qu'une dame que j'avais vue près d'un marchand de vin gravement affecté, quatre jours auparavant, était venue plusieurs fois lui rendre visite. Son beau-frère, qui vint le voir le surlendemain, eut son tour deux jours plus tard. La mère, qui allait de l'un à l'autre, tomba le jour.

3.° Un mécanicien de la rue des Grés, puis sa femme, puis une de leurs amies, puis sa mère, puis un autre homme de la même maison, qui tous ont des rapports journaliers les uns avec les autres m'ont offert les mêmes particularités.

4.° Je vois rue des Francs-Bourgeois, un maître d'escrime, qui avait approché deux de ses élèves au lit. Il n'est pas encore rétabli, un de ses pensionnaires se trouve pris au plus haut degré. Un des amis de celui-ci, qui lui avait prodigué des soins assidus, est atteint au bout de 10 jours à l'hôtel Corneille, où je suis appelé à le traiter.

5.° Le nègre d'une famille américaine, demeurant rue d'Enfer, est le premier attaqué. La dame, qui va souvent le voir, est prise quelques jours après; la demoiselle vient ensuite, puis le jeune homme, puis la bonne; enfin, le nègre lui-même était fréquemment allé avec la domestique, près d'une femme morte du même mal, rue Saint-Dominique, où je les avais vus.

6.° J'ai rencontré une pareille succession, dans une autre famille, rue du Jardinet. La dame s'est d'abord alitée. Le mari est atteint plus fort quelques jours après. Une amie qui les quitte à peine vient en troisième lieu. Une demoiselle de la maison voisine, qui les fréquente sans cesse, puis sa bonne, suivent de près. La portière à son tour, et meurt. La femme de leur frotteur, que je vois, rue de Tournon, est prise aussi, de même que la

bonne de la première dame affectée, quoique plus légèrement.

7.° Une domestique me conduit, rue de Grenelle, près d'une de ses amies, qui était agonisante d'un choléra bleu. Elle en meurt elle-même la semaine suivante, rue Christine. Son mari, une garde appelée près d'elle; la portière, deux dames de la maison, dont celle-ci fait les commissions, un fils, un beau-frère de la portière, sont tous pris dans l'espace de 15 jours, et s'en réchappent heureusement à l'exception du dernier.

8.° Une femme, employée au pliage d'un de nos journaux politiques, approche en quelque sorte malgré elle d'un cholérique qui habite la même maison et qui meurt. Effrayée, bientôt malade elle-même, elle fait prévenir son mari, qui n'arrive qu'au bout de huit jours, mais qui n'en tombe pas moins comme elle le surlendemain.

9.° Aujourd'hui encore (22 juin) je viens de voir, rue des Marais, un enfant âgé de deux mois, arrivé au troisième jour du choléra au second degré, et dont le père, médecin, en a lui même subi une attaque, après avoir vu d'autres malades.

Enfin, sur les quatre-vingts et quelques cas dont j'ai noté en ville les principales circonstances, il n'en est aucun dont le sujet n'ait eu quelque rapport, soit direct, soit indirect avec d'autres cholériques. Je sais qu'une interprétation différente de ces faits peut être donnée. La raison qui fait que telle personne est atteinte d'une maladie épidémique porte à croire que les autres habitans du même local courent également risque d'en être pris. On ne voit pas d'abord pourquoi le fléau, qui moissonne des sujets par milliers dans le même jour, ne sévirait pas aussi bien sur ceux qui en fréquentent d'autres que sur ceux qui restent isolés. Les médecins, les

élèves, les garde-malades, les religieuses, les infirmiers, toutes les classes attachées au service des hôpitaux ou des malades, en général, n'ont pas fourni une plus forte proportion de morts que le reste de la société, et il n'a point été possible jusqu'ici de gagner le choléra à volonté, de quelque manière qu'on s'y soit pris. Il y aurait bien à dire, cependant, sur tous ces points.

Le fait, en ce qui concerne les hôpitaux, par exemple, n'est pas si constant qu'on semble le croire. Le choléra ne s'est manifesté à la Pitié, salle Saint-Jean, qu'à la suite des soins que l'infirmière était allée donner aux cholériques, dans les salles de médecine. La première malade affectée allait habituellement près du lit de la deuxième. La troisième occupait le numéro le plus rapproché du sien, et la fille de service fut atteinte le surlendemain. Une 5.me, une 6.me, une 7.me, et enfin une 8.me, de celles qui se levaient et se rapprochaient le plus les unes des autres, ont eu leur tour. Un jeune élève qui, jusque là, s'était tenu éloigné des malades, vient à l'hôpital un matin. Les symptômes du choléra se déclarent le soir, et son frère, qui loge dans la même chambre, en est pris le lendemain. La chaîne des faits qui se sont présentés dans mon autre salle de chirurgie n'a pas été moins aisée à suivre, et tous les étudians que j'ai traités s'étaient exposés aux mêmes influences. En faisant ces remarques, toutefois, je n'ai eu d'autre but que de fournir quelques renseignemens à l'histoire. Je les donne en conséquence pour ce qu'elles valent et dans le pur intérêt de la science.

Si j'ai compris dans cet article les degrés divers de l'épidémie, c'est qu'il ne m'a pas paru soutenable d'en faire autant de maladies distinctes. La grande majorité des malades qui ont succombé avaient eu préalablement *la cholérine*, ne fût-ce que quelques heures. Dans la plupart des maisons où plusieurs sujets ont été atteints

soit à la fois, soit successivement, j'ai vu l'un avoir le choléra bleu, l'autre la cholérine avec diarrhée ou vomissement, un troisième une attaque plus légère encore, et souvent ces nuances se remplacer réciproquement. En voici un exemple pris entre cinquante, dans une famille rue Vieille du Temple. Le père mourut dans un état de cyanopathie des plus prononcés. Le fils ne devint bleu que deux heures avant de succomber. L'épouse, qui eut aussi la teinte livide, échappa aux vomissemens et aux crampes. Les angoisses épigastriques et la diarrhée constituèrent, chez elle, les principaux symptômes. La demoiselle n'eut que des nausées, des coliques et quelques évacuations alvines. Son jeune frère et la petite fille eurent plus de diarrhée et moins de souffrances à l'estomac. Leurs deux voisins furent plus malades, mais sans aller jusqu'à l'état livide, ni l'un ni l'autre. Tous aussi songèrent à se soigner dès le principe, tandis que le premier n'avait pas reçu de secours, et que le second n'en obtint qu'au moment où le mal était arrivé à son plus haut période. Envisagé sous ce point de vue, le choléra ne se comporte pas autrement, après tout, que les autres affections miasmatiques. Sa cause, quelle qu'elle soit, une fois introduite dans l'économie, n'est pas tenue d'y produire toujours les mêmes désordres. Il tombe sous le sens que telles idyosincrasies lui résisteront plus, d'autres moins, et qu'elle n'aura pas partout la même énergie, bien que sous les mêmes influences. Il est tout simple aussi que certains malades n'aient éprouvé que des étourdissemens, une sorte d'ivresse passagère, de l'inappétence ou de la sensibilité à l'épigastre, avec ou sans diarrhée ; que d'autres aient eu des nausées, ou quelques vomissemens avec des crampes et point de selles, tandis que les plus malheureux devenaient la proie du choléra bleu. S'il fallait une preuve plus palpable encore de

l'identité dont je parle, on la trouverait, il me semble, dans le fait suivant : la domestique du propriétaire de la maison N.° 9 de la rue Christine est prise tout-à-coup de diarrhée et de tous les signes d'une cholérine assez grave. Promptement appelé, j'en arrête la marche, et le lendemain la malade se croit hors de tout danger. La nuit suivante une attaque semblable a lieu et se trouve conjurée de la même façon. Le mieux allait croissant. Une troisième attaque revient le soir, sur les deux heures, à l'occasion d'une vive contrariété. Il n'y a pas de différence dans les symptômes, mais on ne m'appelle qu'à près de quatre heures du matin. A mon arrivée, la teinte livide et le froid glacial étaient joints aux autres désordres. Cette femme a succombé.

3.° *Traitement.* — Le *remède* du choléra est encore à trouver, et j'entends ici par ce mot une médication spéciale capable d'arrêter la marche d'une aussi redoutable maladie, comme le quinquina arrête les fièvres intermittentes marécageuses, par exemple. En attendant, la conduite du médecin ne peut avoir d'autre base que l'expérience ou des analogies. Partant de là, et bien convaincu que dans une affection aussi grave tout doit être essayé, je résolus, dès le commencement de l'épidémie, de mettre à l'épreuve toutes les médications dont l'efficacité serait entourée de quelques témoignages probans. J'ai dit un mot de ces diverses tentatives dans ma note du dernier cahier des *Archives.*

Choléra bleu.—L'opium à haute dose, aidé seulement de bains, de frictions sèches et de boissons délayantes, donné à plus de vingt malades, ne m'a jamais paru offrir le moindre avantage. Quatre ont pris le sulfate d'alumine sans apparence d'utilité. J'ai administré l'extrait de ratanhia à six, avec tout aussi peu de succès. Je n'ai point à modifier l'opinion émise dans ma première note,

sur la valeur des frictions mercurielles, du bismuth, du charbon végétal, de la rubéfaction rachidienne. Les eaux distillées de canelle, de menthe, le vin, le punch, l'ammoniaque, le camphre, m'ont paru plus nuisibles qu'utiles pendant cette période, et je n'en ai plus continué l'usage. Des cinq personnes que j'ai traitées par le calomel, trois ont succombé aussi vite que si elles n'avaient rien pris. La quatrième a d'abord semblé en ressentir quelque bien, mais elle est bientôt retombée et a fini par mourir après trois jours d'angoisses. La cinquième a guéri, quoiqu'atteinte au plus haut degré possible. C'était un homme âgé de 48 ans, cuisinier de restaurant, adonné aux boissons alcoholiques. Pris le mardi soir, il passa la nuit au milieu de souffrances affreuses. Je ne le vis que le mercredi matin à huit heures. Des crampes lui tordaient les membres et l'abdomen. Il vomissait avec des efforts inouis; et allait sans cesse à la garde-robe. La teinte de tout son corps était presqu'aussi foncée que celle d'un nègre. Froid comme la glace, les yeux excavés, il n'avait plus de pouls appréciable, et me sembla voué à une mort certaine. Je prescrivis le calomel à la dose de dix grains d'abord, puis de trois grains toutes les deux heures, des révulsifs externes et des frictions avec la pommade opiacée sur les membres. Je retournai le soir vers le malade et le trouvai sensiblement mieux. On éloigna par degrés les doses de la poudre mercurielle, et la convalescence s'est déclarée le 4.e jour. Je ne pense pas que la maladie puisse être portée plus loin qu'elle ne l'était chez cet homme, et j'ai peine à croire que le calomel n'ait pas été pour quelque chose dans la cure obtenue. Je n'ai osé recourir à l'huile de ricin qu'une fois dans les cas graves; mais l'effet en a été trop remarquable pour que je n'en relate pas brièvement l'observation. M. D., âgé de 24 ans, étudiant en droit, était arrivé à l'état bleu

depuis vingt-quatre heures, lorsque, ayant vainement essayé opiacés, saignées, sinapismes, vésicatoires, etc., je cédai à ses instances et consentis à lui donner un purgatif. Deux onces d'huile de ricin, dans quatre onces d'infusion de menthe, avec une once de sirop de limons, lui furent administrées par cuillerées. Il eut toutes les peines du monde à n'en pas vomir la première dose. Les autres passèrent sans difficulté. A partir de là, tous les symptômes se sont graduellement dissipés, et le malade s'est complètement rétabli.

Les préparations de quinquina qui m'avaient donné *à priori* d'assez vives espérances, et que j'ai mises en pratique sur vingt sujets, ne les ont point justifiées. Le sulfate de quinine, que j'ai surtout préféré, a été donné en lavement, par la bouche, par la méthode endermique, à la dose de 10, 15, 20, 30 et même 40 grains, dans les vingt-quatre heures, sans que, une seule fois, il en soit résulté une amélioration qui puisse lui être incontestablement attribuée.

A cette période du mal, la phlébotomie, les sangsues, les ventouses ne peuvent pas avoir la moindre importance. D'ailleurs, comment retirer du sang alors? Il refuse de couler par les veines qu'on ouvre, ainsi que par les piqûres de sangsues, et la circulation est en grande partie suspendue dans les veines des membres. Ce n'est donc qu'à titre de moyens accessoires, que pour répondre à quelqu'indication spéciale, qu'il est utile d'y recourir. Telle est du moins la conclusion à tirer de ce que j'ai vu.

La méthode générale qui m'a offert le plus d'efficacité se compose d'excitans externes, de narcotiques, de boissons délayantes, et parfois de substances légèrement diffusibles. Si le froid prédomine, je fais entourer le malade de bouteilles chaudes, après l'avoir enveloppé de draps bien secs ou d'une couverture de laine. On lui promène

des sinapismes des pieds aux genoux, des mollets aux cuisses et des mains aux coudes, de trois heures en trois heures. Un large vésicatoire est appliqué à l'épigastre. On en place un autre plus large encore aux lombes, si la diarrhée est forte. Des quarts de lavemens d'amidon ou de graine de lin, avec addition de dix à vingt gouttes de laudanum, sont donnés toutes les quatre heures, avec injonction de les garder le plus possible. Le camphre, le sulfate de quinine que j'y ajoutais d'abord, nuisent plutôt qu'ils ne servent. J'y ai totalement renoncé, à moins qu'il n'y ait quelqu'apparence d'intermission ou des symptômes nerveux particuliers à combattre. Dès que le dévoiement diminue, on diminue le nombre des lavemens, de manière à n'en plus administrer que deux et même qu'un seul par jour avant de les supprimer tout-à-fait.

Le malade prend de demi-heure en demi-heure, ou d'heure en heure, une ou deux cuillerées d'une potion ainsi formulée : ℞ eau de laitue, infus. de mélisse, āā ℥iij; sirop de pavot blanc, ou diacode, ℥jß.

Lorsque le laudanum ne peut pas être retenu en lavement, j'en mets douze à quinze gouttes dans cette potion. Alors je remplace l'eau de tilleul par l'infusion de menthe, et le sirop de pavot par le sirop d'œillet ou le sirop d'écorce d'orange. L'addition de dix à vingt gouttes de liqueur d'Hoffmann m'ont paru d'un excellent effet quand les vomissemens résistaient à tout, et que l'estomac ne semblait cependant pas être le siège d'une congestion sanguine trop forte.

Le thé, la camomille, la feuille d'oranger, ont généralement moins bien été supportés que le tilleul léger, le coquelicot, la mauve, la violette, que le chiendent surtout. La potion de Rivière, le *soda water*, l'eau de Seltz coupée, de quelques secours pour modérer les vomissemens, exigent, à en juger par ce qui s'est passé chez

un bon nombre de malades, qu'on en use avec réserve, et qu'on n'en prolonge pas l'emploi au-delà d'un ou deux jours. Toutes ces boissons ont été mieux supportées froides que chaudes. L'eau pure, l'eau à la glace, le tout par petites gorgées, étaient prescrites dans les cas de soif intense, et aux malades qui répugnaient à toute autre tisane.

Pour qu'on sache à quel degré en étaient les malades guéris sous l'influence de ce traitement, je vais en donner ici deux exemples.

Un jeune homme, âgé de 25 ans, garçon dans un laboratoire de chimiste, était depuis douze jours à l'hôpital pour une amaurose, lorsque le 12 avril quelques symptômes de choléra se manifestèrent chez lui. Il ne s'en plaignit pas d'abord et j'y fis moi-même peu d'attention, ne m'étant occupé jusque-là que de l'affection de ses yeux. Le 14 au matin, nous le trouvâmes les orbites caves, sans pouls, ayant la langue, le nez, toute la figure et les extrémités froides comme le marbre, offrant la teinte violacée de la face et des membres au plus haut point, évacuant sans relâche par haut et par bas, en proie aux crampes, aux coliques les plus violentes, et criant avec l'accent du désespoir, et de cette voix *infantile* si caractéristique, qu'il allait mourir, que nous ne le reverrions pas le lendemain. La médication indiquée tout-à-l'heure fut mise sur-le-champ en usage. Je le revis le soir. Le 15 au matin, les vomissemens et la cyanopathie étaient moindres. On continua. Le 16, mieux considérable. Plus de crampes, plus de diarrhée ni de vomissement. La voix reste fêlée. Un grand abattement existe, avec tendance au coma. La potion est donnée deux jours de suite, et la convalescence ne tarde pas à se prononcer. Cet homme est entièrement rétabli le 28.

M.me Dondat mère, âgée de 53 ans, abattue par de

cuisans chagrins, est prise d'un peu de malaise, puis d'une diarrhée crémeuse qui la force d'aller plus de trente fois à la selle dans la journée. Appelé près d'elle le 2.e jour, à onze heures du matin, je la trouve sans coliques, ni crampes, ni vomissement. Mais la fréquence des selles cholériques n'a pas diminué. La voix est *infantile*, la teinte bleue commence; il n'y a point de pouls. Les pieds, les mains et la face sont glacés, et la malade s'agite continuellement dans le lit. Sinapismes, lavemens, potion, tisane, comme je viens de dire. Au lieu de vésicatoire, je fais mettre un épithème de deux gros de thériaque sur le creux de l'estomac. J'y retourne le soir. A huit heures aucun lavement n'a été gardé. La potion est rejettée aussitôt que prise : les vomissemens sont survenus un instant après ma visite du matin. Tous les autres symptômes ont augmenté. La cyanopathie est complète. Couverture de laine sur le corps. Vésicatoires aux mollets et à l'épigastre. Manuluves sinapisés. Laudanum, gouttes d'Hoffmann, infusion de menthe et sirop d'œillet dans la potion. Même sorte de lavement. Le 3.e jour au matin, moins de vomissement et de diarrhée. Légère amélioration générale. (Même prescription.) Le 4.e, mieux manifeste. Plus d'évacuations ni de teinte bleue. Le pouls est appréciable, et la chaleur reparaît. Il ne reste qu'une grande faiblesse, de l'insomnie, et un peu d'altération dans la voix. Les vésicatoires des jambes n'ayant pas pris sont réappliqués. La potion et la tisane seules sont continuées. La suite n'a plus rien offert de remarquable (1).

Dans la *seconde nuance du choléra*, je me suis bien

---

(1) Trois hommes, pris exactement aux mêmes degrés que cette dame, depuis le 27 juin, à la Pitié, parmi les blessés de la salle Saint-Gabriel; et traités de la même manière, sont aujourd'hui 4 juillet, hors de tout danger.

trouvé de la phlébotomie, quand la force du pouls permettait d'y songer, de sangsues au siège ou à l'épigastre, selon que le dévoiement ou la sensibilité du creux de l'estomac prédominaient. Chez ceux qui conservent leur chaleur, je supprime la couverture de laine et les quarts de lavemens quand il n'y a pas de diarrhée. Il en est de même des vésicatoires abdominaux lorsque les sangsues sont indiquées. En pareil cas, j'ai souvent remplacé celui de l'estomac par l'épithême de thériaque, dont il a été question dans l'observation précédente. Les bains tièdes d'une heure, l'eau de riz, quand le dévoiement est le principal symptôme, les quarts de lavement, la potion, les sinapismes ou des cataplasmes sinapisés, composent le reste du traitement. C'est de cette façon encore qu'ont été conduits tous les malades qui, sortant de la nuance bleue, entraient dans la période de réaction. A partir de ce moment, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz purgative, quand la langue restait limoneuse et que les nausées persistaient sans douleurs à l'épigastre, de petites saignées répétées à des intervalles variables, quand le pouls conserve de la fréquence et de la dureté, des sangsues derrière les oreilles si la tête est menacée de quelque congestion, au creux de l'estomac, lorsque cette région supporte mal la pression, à l'anus, au cou, à la poitrine, à l'hypogastre, partout enfin où l'afflux sanguin tend à se fixer, nous ont été d'une utilité incontestable chez un grand nombre de sujets, et méritent vraiment qu'on en généralise l'usage.

Appliqué à tous les cas de cholérine ou de choléra de la première variété, ce mode de traitement n'en doit pas moins être modifié en raison de l'intensité du mal et de la nature des symptômes prédominans. Les clystères laudanisés, la potion et les sinapismes en forment le fond pour toutes les nuances. Les vésicatoires, la théria-

que, les évacuations sanguines, les purgatifs, les eaux gazeuses, les bains même, s'adressent plus spécialement à quelques symptômes particuliers.

Au total, la majorité des personnes atteintes au troisième degré succombent. Il est de toute fausseté qu'aucun traitement connu en ait jusqu'ici sauvé le plus grand nombre. Dans la seconde nuance, c'est tout le contraire. La médication en a le plus souvent triomphé. Tous les malades qui n'en étaient qu'à la première, quand j'ai pu les soumettre au traitement exposé plus haut, sont guéris, à l'exception de trois qui sont devenus la proie du choléra bleu; encore faut-il ajouter que chez deux de ces derniers il existait en même temps une ancienne lésion organique fort grave, et que le troisième, déjà ramené deux fois sur le point d'entrer en convalescence, n'a semblé être victime d'une seconde rechute, que parce qu'il n'a pas été possible de lui porter secours aussi promptement que les deux premières fois.

Note sur le typhus, ou fièvre typhoïde; par J. P. Caffort, *D. M., chirurgien en chef de l'hôpital de Narbonne.*

Vers la fin de juillet 1831, le typhus commença à paraître dans Narbonne, et attaqua presque exclusivement les militaires; c'est à peine si l'on en vit quelques cas en ville. Cette maladie fit des progrès pendant les deux mois suivans, et s'éteignit dans le courant d'octobre. Elle fut toujours accompagnée de diarrhées et de dysenteries. Pendant le cours de cette épidémie j'ai été à même de faire quelques observations qui me paraissent assez importantes pour devoir être soumises aux praticiens.

Avant M. Bretonneau, plusieurs pathologistes avaient

signalé les altérations des glandes de Brunner et de Peyer, mais certainement aucun sde ces médecins ne les avait décrites avec autant de soin que lui. On ne peut ajouter que fort peu de choses aux caractères anatomiques tracés par ce savant praticien ou par ces élèves. Voici cependant un cas où la dothinentérite a revêtu une forme qu'on ne remarque pas souvent, puisqu'elle a échappé aux investigations de M. Bretonneau lui-même.

I.re *Obs.* — Jean Cournon, de Saint-Alauze, département du Lot, âgé de 21 ans, soldat au 14.e de ligne, d'une taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, ayant les cheveux rouges et la peau très-fine, entra le 23 juillet 1831, dans les salles de médecine de l'hôpital de Narbonne. En arrivant, il se plaignit d'avoir la diarrhée depuis quelque temps et d'être très-faible. A cette époque, beaucoup de militaires étaient dans le même état. La diarrhée ayant fait des progrès, Cournon ne tarda pas à tomber dans une *fièvre adynamique.* Prostration des forces, surdité incomplète, réponses lentes, regard stupide, soubresauts des tendons, ventre météorisé, langue sèche, rude, noirâtre, etc. (Application de quelques sangsues à l'épigastre, délayans). Ces symptômes s'aggravèrent, et le 1.er août il survint un délire caractérisé par des rêvasseries continuelles et par la carphologie. Ce malade succomba le 4 août, dix jours après l'apparition des premiers symptômes de fièvre typhoïde.

Je n'avais pas suivi la maladie de Cournon qui n'était pas placé dans mes salles : ces détails me furent communiqués par mon confrère avec lequel nous fîmes l'autopsie du cadavre le lendemain. Voici les altérations que nous trouvâmes : ventre tendu, sonore; intestins distendus par des gaz qui les font s'échapper dès qu'on pénètre dans la cavité abdominale; transparence du tube intestinal, excepté dans un point de l'intestin grêle, légèrement adhé-

rent au foie, et qui offrait une rougeur de deux pouces d'étendue ; injection bleuâtre du mésentère, gonflement des ganglions lymphatiques de cette partie, épanchement d'environ un verre de sérosité roussâtre dans le bassin.

Ouvert dans toute son étendue, le tube digestif laissa s'écouler des matières liquides, jaunes, contenues principalement dans le rectum. L'estomac avait sa capacité ordinaire; depuis son grand cul-de-sac jusques à un pouce du pylore, on voyait sur la muqueuse une bande jaune que le lavage ne put enlever; elle avait environ deux travers de doigt de largeur. Dans le reste de son étendue la muqueuse était légèrement injectée par plaques. Le duodénum était dans l'état normal. Vers le milieu de l'intestin grêle, on trouvait cette plaque rouge que nous avions déjà remarquée au dehors : dans cet endroit la muqueuse présenta quelques petites ulcérations; sur le fond gris du restant de la membrane interne des intestins, on apercevait de distance en distance des glandes de Brunner, dont les unes, simplement tuméfiées, étaient environnées d'une auréole rouge, et dont les autres, déjà ulcérées, avaient des bords rouges, tuméfiés, taillés à pic, laissant à nu le tissu cellulaire sous-muqueux infiltré. En s'approchant de la fin de l'intestin grêle, on découvrit des plaques de plus en plus rapprochées et nombreuses, saillantes d'environ une ou deux lignes. Ces plaques, fort dures, d'un fond blanc, mais légèrement teintes en jaune par la bile, représentaient assez bien certaines dartres crustacées. Curieux de connaître la nature de ces plaques ainsi placées au-dessus des glandes de Peyer, j'en soulevai quelques-unes que j'arrachai même facilement. En les enlevant ainsi, je m'aperçus qu'elles ne tenaient que par de petits prolongemens blancs, très-fins, qui pénétraient dans l'intérieur de ces glandes par leurs orifices béans et plus dilatés que de coutume. Ces plaques

enlevées, il fut aisé de voir qu'il n'existait pas la moindre ulcération dans ces glandes; elles étaient seulement plus rouges et plus saillantes qu'en santé. La valvule iléo-cœcale était presque entièrement oblitérée par ces plaques, de telle sorte que le doigt pouvait difficilement pénétrer d'un intestin dans l'autre. Dans le gros intestin on trouvait çà et là de petites ulcérations comme aphteuses, dont le fond était formé par le tissu cellulaire sous muqueux infiltré. Dans leur intervalle la muqueuse était grise, sans aucune trace d'injection; seulement elle contenait beaucoup de bulles d'air, surtout vers le bord libre de l'intestin, mais cet emphysème était commun à presque tout le tube intestinal.

Ce que je tiens surtout à faire remarquer dans le fait que je viens de rapporter, c'est la forme de l'altération des glandes de Peyer. Les plaques que j'ai décrites, loin de constituer un enfoncement, une érosion, une ulcération, en un mot, formaient, au contraire, des saillies plus ou moins élevées. En les examinant très attentivement, je me suis convaincu qu'elles étaient dues à la concrétion d'un liquide purulent exhalé par les glandes de Peyer. Cette solidification du pus n'a rien qui puisse nous étonner, car nous en voyons de nombreux exemples dans l'économie animale. Partout où il y a sécrétion purulente, nous voyons ce liquide, à l'instar du sang, se diviser en deux parties, une qui reste fluide, comme le sérum, et l'autre qui se précipite ainsi que le caillot. Cette dernière est composée de fibrine décolorée et de sérosité albumineuse; c'est elle qui constitue la matière plastique, organisable; c'est elle qui, n'étant pas soluble dans la sérosité, se précipite sous forme solide.

La portion fibrineuse contenue dans le pus est quelquefois si abondante, qu'elle lui fait perdre sa fluidité; c'est alors qu'on lui donne le nom de matière pultacée.

On en voit des exemples dans la stomatite, dans certaines angines, et enfin dans le cas présent.

L'opinion que j'avance ici sur l'altération de ces plaques, est pleinement confirmée par leur disposition; en effet, elles se prolongeaient dans l'intérieur des glandes de Peyer, par de petits filamens qui leur servaient, pour ainsi dire, de racines, et qui pénétraient dans l'intérieur de ces glandes par leurs orifices béans et très-développés. Après avoir enlevé ces plaques, on trouvait les glandes volumineuses saillantes, enflammées évidemment, mais nullement ulcérées. Ainsi donc, on ne peut pas douter que ces plaques ne fussent le produit d'une sécrétion purulente fournie par les glandes de Peyer.

C'est le premier cas de dothinentérite que nous ayons observé dans le courant de cette année, et c'est le seul que j'aie jamais vu présenter ce caractère. Cette altération pathologique ne doit pas être commune, puisqu'en parcourant les divers écrits publiés dans ces derniers temps sur la dothinentérite, je n'ai trouvé que M. Leuret qui semble avoir décrit une de ces plaques, et encore sa description est-elle très-vague. « Trois pieds au-delà de cette ulcération, dit-il, il se trouve une petite saillie blanchâtre, placée au centre d'une glande de Peyer. » (*Archives générales de Médecine*, tome XVIII, p. 188.) Si M. Leuret n'en a trouvé qu'une seule, moi j'en ai vu plus de vingt sur le sujet de cette observation.

L'étude de l'épidémie qui a régné parmi les militaires du 14.e de ligne en garnison dans cette ville, m'a fourni aussi l'occasion d'éclaircir un point bien autrement important dans la pratique que le précédent, c'est que, dans le principe, la dothinentérite (si toutefois on peut nommer ainsi cette maladie quand il n'y a point d'altération dans les glandes de Peyer), consiste dans une franche gastro-entérite. Voici le fait :

II.ᵉ *Obs.* — Le nommé Pierre Bousquet, soldat du 14.ᵉ de ligne, entre le 27 août dans l'hôpital de Narbonne, étant atteint de diarrhée et de stomatite. Après avoir passé plusieurs jours dans les salles de médecine, voyant que l'ulcération des gencives ne guérissait pas, le médecin de service le fit passer dans les salles de chirurgie. Ce fut le 9 septembre que je vis Bousquet pour la première fois. La bouche étant fortement enflammée, je prescrivis à ce malade la diète et des gargarismes adoucissans. J'espérais par ces moyens simples calmer l'irritation buccale qui me semblait avoir été entretenue et même aggravée par la mastication. Quel fut mon étonnement à la visite du lendemain quand je trouvai ce militaire déjà dans un état de prostration extrême, le regard égaré et exhalant cette odeur qui est particulière au typhus. Quoique ses réponses fussent lentes, il finit par me dire que la nuit précédente il avait éprouvé un grand froid qui avait duré plusieurs heures et qu'à la suite il lui était survenu une chaleur intense. Il se plaignait de la tête, mais n'accusait aucune douleur dans l'abdomen qui était tendu, sonore. J'appris par les infirmiers qu'il ne cessait presque pas d'aller à la garde-robe. La langue était rouge, et le malade la sortait difficilement de la bouche. (Application de 12 sangsues à l'épigastre, boissons adoucissantes, lavement émollient.) Dans la soirée le malade sembla aller un peu mieux, mais le 11 les symptômes s'aggravèrent, le délire taciturne survint, et Bousquet succomba le 12.

L'estomac était fortement enflammé, surtout vers son grand cul-de-sac. Dans cet endroit la rougeur formait une plaque très-grande, irrégulière, d'un rouge foncé au centre et clair à la circonférence. De cette plaque partaient des stries également rouges qui suivaient la direction de la grande courbure. Ces stries étaient inégales, et pour la longueur et pour la largeur; les plus longues n'allaient

pas cependant jusqu'au pylore, et les plus larges ne dépassaient pas la largeur du petit doigt. Çà et là on voyait un pointillé rouge. Dans presque tous les points où la couleur était altérée, la muqueuse s'enlevait aisément pour peu qu'on y passât le dos du scalpel. Les valvules conniventes du duodénum étaient fortement prononcées, mais cet intestin était exempt de toute altération. Le jéjunum et l'iléon, dans toute leur étendue, offraient une rougeur d'autant plus forte qu'on s'approchait davantage du cœcum. Cette rougeur était sous forme capilliforme, elle constituait une belle injection. Dans le cœcum la rougeur était noirâtre, on n'y voyait ni stries, ni injections capilliformes, c'était une plaque unique comme au cul-de sac de l'estomac, et comme là aussi la muqueuse était ramollie. Dans le gros intestin l'injection capillaire reparaissait, mais moins serrée que dans l'intestin grêle.

Le cerveau était sablé et conservait sa consistance ordinaire. Le sang contenu dans le cœur était noir, épais, fortement coagulé.

Je n'avais jamais vu une maladie typhoïde parcourir ses périodes avec tant de rapidité. M. Bretonneau n'a eu l'occasion d'observer des altérations cadavériques qu'au cinquième jour de la dothinentérite, et alors il a remarqué à peine les glandes de Peyer rouges et tuméfiées. C'est à peine si on pouvait les distinguer dans le cas que je viens de rapporter. La fièvre typhoïde ne consiste donc pas seulement dans l'ulcération de ces glandes.

Ce que je regrette beaucoup, c'est de n'avoir pas employé, dans cette occasion, la méthode antiphlogistique avec force dès le début. J'en avais été détourné par quelques idées nouvellement émises au sujet de la dothinentérite, et j'en ai été bien fâché. Non pas que je considère les antiphlogistiques comme bons dans toutes les périodes de la maladie, mais je les crois d'une importance extrême

au début, dans la période que les praticiens appellent d'irritation.

Il est si vrai que les fièvres graves, typhoïdes, adynamiques, ne consistent pas uniquement dans l'altération des glandes de Brunner ou de Peyer, que l'on rencontre souvent l'ulcération de ces glandes sans qu'il y ait eu le moindre symptôme de ces fièvres. Parmi les exemples que je pourrais citer j'en choisis un de préférence parce qu'il s'est présenté pendant que la dothinenterite régnait dans l'hôpital.

IIIe *Obs.* — Il y avait dans les salles de médecine de l'hôpital de Narbonne une jeune orpheline, âgée de 8 ans, qui depuis plus d'un an présentait tous les symptômes de la phthisie. Cette jeune fille s'éteignit, pour ainsi dire, le 21 août, dans le dernier état de marasme. Elle conserva son intelligence jusques à ses derniers momens, et n'éprouva dans le cours de sa maladie aucun symptôme de fièvre grave, si ce n'est qu'elle eut à plusieurs reprises une diarrhée qui cessait dès qu'on employait des moyens propres à la combattre.

A l'ouverture de son corps nous trouvâmes les deux poumons œdematiés, et, chose remarquable, la sérosité était tellement épaisse qu'elle ressemblait à de la gelée; elle était véritablement transformée en matière colloïde. Au lieu des nombreux tubercules que nous nous attendions à voir, nous n'en aperçûmes que quelques-uns à des distances fort éloignées. Quelques-uns étaient gros comme des avelines et un ou deux comme des noix. Autour de ces tubercules le tissu pulmonaire était rouge, évidemment enflammé. La plupart de ces tubercules n'offraient pas encore de dureté, la matière tuberculeuse ressemblait très-bien aux dépôts fibro-albumineux qui se déposent dans les cavités séreuses enflammées. Dans le poumon gauche seulement, vers la partie moyenne et externe,

il existait un véritable foyer purulent qui aurait contenu un petit œuf de poule.

Les glandes du mésentère étaient en général fort grosses. beaucoup étaient tout-à-fait noires, mais en les incisant on voyait que cette couleur n'existait qu'à la surface, car l'intérieur était très-blanc. Leur consistance variait : quelques-unes étaient aussi dures que du lard, tandis que d'autres étaient molles comme les masses tuberculeuses des poumons. C'était surtout du côté de la valvule iléo cœcale que les glandes mésentériques étaient le plus engorgées. Dans les fosses iliaques des deux côtés on voyait des tubercules noirs, un peu plus gros qu'une tête d'épingle, très-durs, mobiles, et évidemment placés dans le péritoine qui glissait sur eux.

L'estomac était sain ainsi que le duodénum; mais le restant de l'intestin grêle présentait une injection capillaire, d'abord peu prononcée et devenant un peu plus forte en s'approchant du cœcum. Les glandes de Peyer étaient d'autant plus saillantes, rouges, enflammées, qu'on arrivait plus près de la fin de l'iléon. Vers la valvule cœcale elles étaient même ulcérées profondément. Cependant il n'y avait point eu de symptômes de fièvre grave.

Ainsi donc ce n'est pas à l'altération des glandes de Brunner et de Peyer que sont dus les symptômes typhoïdes, puisque l'ulcération de ces glandes existe quelquefois sans que le typhus se présente, et que d'autres fois cette maladie se développe sans qu'il y ait la moindre trace d'altération dans ces glandes.

Jusques ici la nature du typhus est restée inconnue, et cependant un peu de réflexion aurait suffi, ce me semble, pour la découvrir. Si l'on eût observé attentivement, on aurait vu que les maladies typhoïdes ne se montrent, en général, que pendant le cours des diarrhées ou des

dysenteries. Parcourez, en effet, toutes les descriptions d'épidémies de typhus et vous verrez que toujours les diarrhées ont précédé et suivi ces maladies graves. Si l'on n'eût pas perdu de vue un fait aussi important dans l'histoire du typhus, on aurait été aussitôt sur la voie de la découverte que m'a fait faire l'étude de l'épidémie que j'ai observée. On aurait vu qu'il ne peut se faire un trop grand écoulement de sérosité par le tube intestinal sans que le sang ne perde la plus grande partie de son sérum et ne devienne par conséquent noir, visqueux, épais, peu propre à circuler librement, parce qu'il est pour ainsi dire réduit à la fibrine. Or, un pareil état du sang ne peut exister sans que l'innervation en soit troublée. C'est donc de là que naissent tous les symptômes typhoïdes.

Tous les médecins savent qu'outre le mucus fourni par les glandes disséminées dans l'épaisseur des muqueuses, ces membranes exhalent à leur surface de la sérosité. La muqueuse gastro-intestinale se remarque parmi les autres; 1.° parce qu'elle exhale une quantité beaucoup plus grande de sérosité, cela tient à ce que elle est dépourvue d'épithelium; 2.° parce qu'elle reçoit à sa surface les produits du foie et du pancréas. Pour peu qu'une de ces sécrétions augmente, la cavité gastro-intestinale se trouve remplie, il se fait pour lors des efforts pour l'expulsion de ces matières, soit par le haut soit par le bas; il y a vomissemens ou diarrhée. Les anciens avaient observé avec juste raison qu'il y a des diarrhées bilieuses, muqueuses et séreuses. Je fais cette cette remarque parce que j'ai noté que le typhus semble se montrer plus particulièrement à la suite de cette dernière espèce de diarrhée.

Il est aisé de concevoir qu'il ne peut être ainsi exhalé une très-grande quantité de sérosité par la villeuse gastro-intestinale sans que le sang n'en soit diminué d'autant, et par conséquent sans que la fibrine ne reste à nu. C'est

en effet, ce qu'on a remarqué dans toutes les épidémies de typhus et de choléra ; car cette dernière maladie n'est qu'un typhus marchant avec une rapidité extrême. Dans tous les cas le trouble des fonctions nerveuses est dû à l'altération du sang, comme cette dernière est la conséquence d'une trop grande exhalation séreuse.

Pour combattre mon opinion on ne manquera pas de citer des exemples dans lesquels il y a un typhus sans vomissemens et sans diarrhée; mais est-on bien sûr qu'il n'y ait pas eu d'autres évacuations? Que la sérosité s'échappe par les poumons, par la peau, par les urines, peu importe, le sang n'en devient pas moins altéré.

Si je voulais imiter la plupart de nos auteurs modernes, il me serait aisé de faire plusieurs volumes en accumulant des faits et délayant mon idée; mais je préfère émettre simplement mon opinion et renvoyer pour les preuves aux ouvrages publiés dans ces derniers temps sur la dothinentérite, les fièvres typhoïdes et le choléra, et surtout à l'observation personnelle, qui vaut mieux que tous les livres.

On sentira facilement toute l'importance que ma manière de voir doit avoir dans la pratique : pour prévenir le typhus, le choléra, il est essentiel d'arrêter le plus tôt possible la diarrhée qui précède le plus souvent le développement de cette maladie, et quand elle existe, donner le plus d'eau possible au malade afin de remplacer la sérosité qui manque au sang, et en même temps calmer l'affection intestinale. Je suis parvenu à guérir plusieurs malades en leur donnant des lavemens très-multipliés, et cependant alors je ne connaissais pas encore la nature des affections typhoïdes, l'expérience seule m'avait conduit là.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

A treatise on the diseases of the heart and great vessels, c'est-à-dire, *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux; par le docteur* Hope. *Londres*, 1832. *In-8.° de* 612 *pages.*

Malgré les vives lumières qu'ont répandues sur les maladies du cœur les travaux de Corvisart, Kreysig, Burns, Laennec et Bertin, malgré les avantages qui semblaient devoir résulter de l'application du stéthoscope à l'étude de ces maladies, cette partie de la science médicale offre encore des difficultés presque insurmontables sous le rapport du diagnostic et surtout sous celui de la thérapeutique. C'est à détruire ces difficultés que tendent les efforts du docteur Hope qui prétend que les recherches de ses prédécesseurs ne sont restées sans fruit que parce-qu'ils se sont laissés guider par des théories fausses, résultat d'observations tout-à-fait incomplètes. Il est convaincu que désormais les mots *maladie du cœur* cesseront de porter l'effroi, parce qu'ils ne réveilleront plus nécessairement l'idée d'une affection au-dessus des ressources de la médecine. Toutefois, la première condition nécessaire pour qu'un tel succès puisse se réaliser, c'est qu'on ait des moyens sûrs pour reconnaître une maladie du cœur dès son début, et pour la distinguer de toute autre affection pathologique dans toutes ses périodes. L'altération des organes et des fonctions ne nous étant sensible que par comparaison avec l'état sain et normal, il importe de bien connaître l'anatomie et la physiologie du

cœur, avant de chercher à établir quelque chose de certain sur les maladies d'un organe aussi important. Ce ne sont point les connaissances anatomiques qui manquent dans l'état actuel de la science; le docteur Hope les suppose présentes à la mémoire de ses lecteurs. Mais il avait à détruire une théorie admise jusqu'à lui sur le mécanisme des mouvemens du cœur, faute d'examen et d'expériences directes. Cette théorie, contre laquelle il s'élève, est un obstacle réel à l'étude du diagnostic des maladies du cœur, car elle interprète faussement les divers phénomènes qu'il présente dans son état normal; elle intervertit l'ordre véritable des mouvemens qui appartiennent à chacune de ses parties. Comment apprécier sainement, dans un tel état de choses, les changemens morbides qui doivent être recherchés par le médecin? Ainsi, lorsque Laennec a dit : dans les cas où les battemens des oreillettes s'entendent peu dans les régions précordiales, ils s'entendent ordinairement mieux en posant le stéthoscope un peu plus haut, etc., il a fait une phrase vide de sens, si, comme le prétend le docteur Hope, la contraction des oreillettes ne produit ni impulsion, ni bruit perceptibles. On comprend toute l'importance des travaux qui ont pour but de remplacer la confusion par la lumière dans une des parties les plus intéressantes de la médecine. De tout le volume du docteur Hope, la première partie est sans contredit la plus remarquable, c'est la partie paradoxale; elle renferme des expériences extrêmement curieuses, puisqu'elles ont donné un résultat qui est en opposition directe avec l'opinion reçue presque généralement. Les contractions alternatives des ventricules et des oreillettes du cœur produisent des bruits très-distincts et de nature différente, dit Laennec, qui permettent d'étudier ses mouvemens, par l'auscultation médiate, plus exactement qu'on ne peut le faire par l'ouverture et

l'inspection des animaux vivans. Et c'est en se fiant à un seul de ses sens qu'il a été amené à attribuer aux oreillettes le second bruit perçu pendant le battement du cœur; erreur qui devait entraîner une fausse théorie du mécanisme de cet organe; mais il n'eut point avancé cette proposition, si, comme le docteur Hope, il eût expérimenté sur des animaux d'une haute stature, où tous les organes sont bien visibles et leurs mouvemens bien appréciables.

L'auteur anglais commence par préciser d'une manière remarquable, et l'on peut dire mathématique, la place qu'occupe le cœur dans la poitrine : comme le sommet et le corps de cet organe sont libres, tandis que sa base, retenue par les gros vaisseaux, est fixe, non pas tout-à-fait d'une manière absolue, mais comparativement avec les deux premières parties, il tourne légèrement autour de sa base à chaque mouvement du diaphragme, dont la contraction permet à son axe longitudinal de prendre une position verticale, et dont le relâchement le reporte transversalement et à gauche. Il est donc nécessaire d'avoir quelque point fixe correspondant à la base, qui puisse servir de guide à l'auscultation pour déterminer la position de l'organe. Le point qui a paru le plus convenable à M. Hope est l'artère pulmonaire. Ce vaisseau, à distance égale de son origine et de sa bifurcation, heurte l'espace compris entre la deuxième et la troisième côte gauches, tout près du sternum. Pour s'assurer de cette position, ainsi que de celle des autres parties du cœur, il a enfoncé de longues aiguilles à travers les parois de la poitrine, dans l'épaisseur des viscères qui y sont contenus. Une ligne tirée du bord inférieur de la troisième côte d'un côté à la même partie du côté opposé, en travers du sternum, passe sur les valvules pulmonaires, un peu à gauche de la ligne médiane; et derrière celles-ci presque

directement se trouvent celles de l'aorte. De ce point s'élèvent l'aorte et l'artère pulmonaire; la première s'incline un peu à droite, vient toucher le sternum au moment où elle sort de dessous l'artère pulmonaire, et suit, à peu de chose près, la ligne médiane, jusqu'à l'endroit où elle commence sa courbure; la deuxième, qui est en rapport avec le sternum dès le commencement, appuie davantage à gauche, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à l'espace indiqué plus haut, entre la deuxième et la troisième côte gauche. Une ligne verticale coïncidant avec le bord gauche du sternum partage le cœur en deux parties inégales : à droite de cette ligne, se trouve un tiers de l'organe, consistant dans la portion supérieure du ventricule droit; à gauche sont les deux autres tiers, composés de la partie inférieure de ce ventricule et du gauche tout entier. La pointe du cœur bat entre les cartilages des cinquième et sixième côtes gauches, à environ deux pouces au-dessous du mamelon, en un point qui est d'un pouce plus rapproché du sternum que celui-ci. Le docteur Hope continue à déterminer avec le même soin la situation des oreillettes, la disposition du péricarde, et la position relative des poumons à l'égard du cœur, et donne ainsi, en faisant tenir compte du son produit par l'interposition du tissu pulmonaire entre le cœur et le thorax, son qui tient le milieu entre le *mat* et le *clair*, les moyens de tracer, sur l'homme vivant, la place occupée par l'organe central de la circulation avec autant de certitude que si les parois thoraciques étaient diaphanes.

Si l'on applique l'oreille, armée ou non du stéthoscope, sur la région précordiale, on perçoit, pendant le battement du cœur, deux bruits successifs suivis d'un intervalle de silence. Le premier de ces deux bruits est synchrône avec l'impulsion, et, dans les vaisseaux près du cœur, avec le pouls; il est plus sourd et plus lent que le

deuxième dans lequel il se termine sans intervalle appréciable, et qui est plus vif, plus fort, semblable au claquement de la soupape d'un soufflet. Laennec attribue le premier à la contraction ventriculaire, et le second à celle des oreillettes. En vain, M. Turner, s'appuyant sur l'autorité de Haller, Harvey, Lancisi, etc., prétendit que la contraction auriculaire, qui, suivant Laennec, correspond au deuxième bruit, précède celle des ventricules, la doctrine du premier auteur n'en fut point ébranlée. On peut voir les objections du professeur Turner, dans le troisième volume des *Transactions de la Société Médico-chirurgicale d'Edimbourg*; il établit que la contraction des oreillettes a lieu d'abord; que la contraction ventriculaire accompagnée du premier bruit vient ensuite; puis le second bruit dont il ignore la cause, puis enfin l'intervalle de repos. Une autre opinion a été émise plus récemment : M. Pigeaux a lu à l'Académie de médecine, en mars 1830, une note où il s'est attaché à prouver : 1.° que les bruits perçus par l'auscultation dans l'analyse des battemens du cœur sont dus au choc du sang sur les parois de cet organe ou sur celles des gros vaisseaux et non aux contractions des ventricules et des oreillettes. 2.° Que le bruit clair appartient aux ventricules et le bruit sourd aux oreillettes. 3.° Que le choc de la pointe du cœur contre les parois de la poitrine alterne avec le mouvement du pouls et n'est point *isochrône* (synchrône) avec lui. 4.° Que le repos doit être placé après la contraction des oreillettes. Ces quatre propositions, dont la deuxième et la quatrième sont en contradiction, paraissent difficiles à soutenir, excepté la troisième, qui demanderait à être exposée d'une manière plus précise. L'auteur anglais, qui connaissait bien l'opinion de son compatriote Turner, ne paraît point avoir eu connaissance des recherches des physiologistes français postérieurs à Laennec.

M. Marc-Despine, dans un mémoire inséré au 27.me volume des *Archives*, s'éloigue aussi des idées émises par Laennec, et donne des couclusions qui ont beaucoup d'analogie avec celles du physiologiste anglais. Cependant elles en diffèrent en des points importaus, et comme les deux médecins s'appuyent sur des expériences, il n'est guère possible de décider entre eux, qu'en renouvelaut les faits sur lesquels ils ont construit leur théorie. Le docteur Hope a du moins l'avantage d'avoir fait ses recherches sur des animaux de haute stature, et quant à l'explication qu'il donne des bruits du cœur, il me semble qu'elle est bien plus satisfaisante que celle du physiologiste français. En effet ce dernier se borne à dire que de tous les phénomènes qui se passent pendant le premier bruit, c'est la contraction des ventricules qui rend le mieux raison de ce premier bruit; que de ceux qui coïncident avec le deuxième bruit, le seul qui en rende raison, c'est la dilatation des ventricules. Il est difficile de voir dans ces phrases une explication du phénomène; tout ce qu'on en peut conclure, c'est qu'il y a coïncidence, d'une part, entre le premier bruit et la systole des ventricules, d'autre part entre le deuxième bruit et leur diastole; car je ne puis admettre que des bruits aussi énergiques, aussi distincts que ceux qui sont perçus pendant le battement du cœur, soient produits par la contraction des fibres musculaires qui forment les parois des ventricules, et encore moins par leur retour à l'état de relâchement.

Si cela était, comment se ferait-il que, dans la dilatation des ventricules avec amincissement de leurs parois, où les contractions de ces parois sont si peu énergiques, les bruits du cœur sont si clairs et si forts? En général, il règne une grande confusion dans tous les écrits où l'on a voulu expliquer ces bruits et surtout le second.

Quoi qu'il en soit, l'action du cœur, dit le docteur Hope, demeura un mystère jusqu'aux expériences suivantes.

Une âne, dont le pouls et les battemens du cœur étaient de 48 à la minute, fut soudainement privé du sentiment et du mouvement par un coup violent sur la tête. La trachée fut ouverte, et une respiration artificielle entretenue à l'aide d'un soufflet ; en même temps, les côtes gauches furent sciées près du sternum, renversées en arrière et rompues de manière à découvrir complètement le cœur. Toute cette opération dura moins de cinq minutes. Le péricarde fut ouvert, et laissa voir les oreillettes et les ventricules. Les mouvemens du cœur furent d'abord précipités, tumultueux et irréguliers ; mais après trois ou quatre minutes, ils devinrent réguliers et plus lents. On vit alors l'oreillette se contracter *la première*, et le ventricule immédiatement après ; en d'autres termes, et pour donner une idée complète du phénomène, un léger mouvement de contraction, accompagné de très-peu de diminution dans le volume, se manifesta d'abord dans l'oreillette, pour se propager rapidement au ventricule ; il n'était pas si rapide qu'on ne pût le suivre de l'œil, et pourtant, il semblait qu'il y avait moins deux mouvemens distincts, qu'un seul qui se continuait de l'oreillette au ventricule. La contraction de ce dernier parut, à l'œil et à la main, consister dans une secousse subite, énergique, accompagnée de la dépression du centre ou corps du ventricule. En appliquant le stéthoscope immédiatement sur l'organe, on s'assura que cette contraction coïncidait avec le *bruit ventriculaire*. Après un intervalle de temps égal à celui qui existe entre le premier et le deuxième bruit du cœur, la contraction ventriculaire fut suivie d'une *ré-expansion* ou *diastole* subite, vive, qui parut *élever le corps du ventricule plus que la contraction qui la précédait*. D'après cette dernière cir-

constance, un des expérimentateurs prétendit que c'était la diastole et non la systole, qui occasionnait l'impulsion. Il fallut donc recommencer l'exploration. En conséquence le stéthoscope fut réappliqué, et l'auscultateur compta 1, 2, à mesure qu'il perçut les bruits et l'impulsion communiquée à son oreille, tandis que les autres avaient la main sur le ventricule et suivaient de l'œil ses mouvemens. Il fut démontré alors que le bruit 1, et l'impulsion sentie par l'auscultateur coïncidaient avec la *dépression visible* (contraction du ventricule), et l'impulsion sentie par la main. On s'était assuré au commencement de l'expérience que le ventricule ne se contracte jamais complètement, quoiqu'il agît alors avec une grande énergie. Il parut plein pendant l'intervalle de repos, c'est-à-dire, de la fin de sa diastole au commencement de sa contraction. En plaçant la main entre le sommet du cœur et la côte qui avait été laissée au-dessus, les doigts étaient frappés avec force par cette partie au moment de la contraction ventriculaire. Comme l'action du cœur, en cessant d'être tumultueuse, devint un peu faible, le deuxième bruit ne fut jamais très-sensible. Cependant le docteur Hope et un autre expérimentateur purent le reconnaître, et tandis qu'ils comptaient 1, 2, synchroniquement avec les bruits qu'ils percevaient, les assistans virent que 1 coïncidait avec la systole ventriculaire et 2 avec sa diastole.

Cette première expérience ne fut pas jugée suffisante : le cœur d'un autre âne fut mis à découvert d'après le même procédé, mais avec tant de célérité, que les mouvemens du cœur ne furent irréguliers que pendant une minute seulement. Ils reprirent alors leur cours ordinaire (de 40 à 50 battemens à la minute), devinrent réguliers, et la contraction ventriculaire, perçue à l'aide de la main et du stéthoscope, s'accomplit avec une énergie dont on peut à peine se faire l'idée d'après l'examen fait en dehors

des parois de la poitrine. Trois mouvemens successifs furent alors reconnus et constatés par tous les témoins, savoir : la systole auriculaire, la systole ventriculaire et la diastole ventriculaire. Le stéthoscope fut appliqué au ventricule, et les deux bruits furent clairement perçus. Le *premier* coïncidait manifestement avec la systole du ventricule, et le *deuxième* avec sa diastole. L'oreillette ne se vidait jamais complètement, et sa contraction était très-peu considérable, son bord antérieur et sa surface se rétractant par un mouvement brusque mais très-faible.

Ces expériences, qui furent faites en août 1830, furent renouvelées avec les mêmes résultats en août 1831. Le docteur Hope en déduit les propositions suivantes : les oreillettes se contractent si immédiatement avant les ventricules, que le mouvement se propage des unes aux autres presque par continuité d'action; cependant ce mouvement n'est pas tellement rapide qu'on ne puisse le suivre de l'œil. La contraction de l'oreillette, très-faible, ne s'étend pas à plus d'un tiers de son volume; ainsi la quantité de sang poussé par elle dans le ventricule est bien moindre que sa capacité ne semblerait l'indiquer. La contraction ventriculaire est la cause de l'impulsion. C'est la pointe du cœur qui heurte les côtes. La contraction du ventricule commence par un mouvement subit, mais se prolonge jusqu'à un instant avant le deuxième bruit; cet instant est occupé par sa diastole. Les ventricules ne paraissent pas se vider complètement. La systole est suivie par une diastole, mouvement instantané accompagné d'un influx du sang de l'oreillette, et par lequel le ventricule se dilate, tandis que la pointe du cœur s'affaisse et s'éloigne des côtes. Après la diastole, les ventricules restent en repos, dans un état apparent de plénitude, jusqu'à ce qu'ils soient de nouveau stimulés par la contraction auriculaire. Le premier bruit est causé par la systole des

ventricules ; *le second est dû à leur diastole.* L'ordre de succession des mouvemens du cœur est celui-ci : 1.° la systole auriculaire ; 2.° la systole ventriculaire, l'impulsion et le pouls ; 3.° la diastole ventriculaire ; 4.° enfin l'intervalle de repos, vers la fin duquel recommence la systole auriculaire.

Avec les données qui précèdent, le docteur Hope construit sa *nouvelle physiologie de l'action du cœur*, sur laquelle il appuie l'explication des signes que cet organe présente dans ses divers états pathologiques. Ceci est la matière de deux chapitres, qui remplissent près de cinquante pages, et dont voici la substance :

Phénomènes physiologiques. — Les oreillettes, qui sont toujours dans un état de plénitude, mais non de distension, arrivent à ce dernier état par l'introduction progressive du sang qui se fait pendant la première partie du repos ventriculaire ; cette distension les stimule à se contracter. Le but de cette contraction est de chasser une petite quantité de sang dans les ventricules, déjà pleins, mais qui sont ainsi amenés à l'état de distension, et se contractent en vertu de la même cause qui fait contracter les oreillettes. Pendant cette contraction le sommet du cœur est projeté en avant et en haut et frappe les côtes, ce qui produit *l'impulsion.* Le docteur Hope s'étend longuement sur ce dernier point. La diastole est le résultat de plusieurs causes ; le retour de la contraction musculaire à l'état de relâchement, la distension des oreillettes qui est à son maximum au moment de la diastole, le poids des ventricules qui s'affaissent sur les oreillettes et contribuent ainsi à l'entrée du sang dans leur cavité, la largeur de l'orifice auriculo-ventriculaire qui admet ce sang, etc. Les bruits sont produits par le mécanisme suivant : quand les ventricules se contractent, une impulsion est imprimée aux colonnes de liquide en

contact avec leurs parois ; cette impulsion, communiquée aux autres portions de liquide, est la source du bruit ; l'irrégularité de la surface interne du cœur, due aux colonnes charnues, est bien propre à lui donner naissance ; car au début du mouvement contractile, la couche de liquide contiguë à cette surface, et contenue dans les anfractuosités des colonnes charnues, est lancée dans une infinité de courans qui se heurtent ; la collision en est plus étendue et plus violente que si elle n'était due qu'à une seule impulsion directe. Si la contraction est graduelle, le bruit sera amorti et prolongé ; mais si elle est subite, le bruit sera court, fort et clair.

Tandis que ceci se passe à la surface du liquide, la masse centrale se précipite vers les orifices aortique ou pulmonaire ; son courant se compose d'une multitude de courans réfléchis de tous les points des parois ventriculaires. De tous ses élémens, se compose le choc des flots de liquide qui produit le premier bruit.

Le second bruit, celui que le docteur Hope fait coïncider avec la diastole ventriculaire, est engendré par un mécanisme plus simple. Quand la diastole s'établit, le sang s'élance brusquement des oreillettes dans les ventricules ; la réaction des parois ventriculaires sur les colonnes de liquide, au moment où celles-ci sont arrêtées par la réplétion de la diastole, est la cause du bruit fort, bref et clair qui est produit ; la nature de ce bruit est en harmonie avec celle du choc instantané qui lui donne naissance.

Phénomènes pathologiques. — La puissance d'impulsion est augmentée en raison directe de l'hypertrophie ; la répulsion, dans ce cas, est graduelle, parce que le ventricule hypertrophié se contracte lentement et progressivement. Par la même raison le premier bruit est diminué, le choc communiqué au sang n'étant pas assez

vif pour communiquer un bruit moins obscur et moins étouffé que celui qui est perçu alors. Le second bruit, dans le même état d'hypertrophie, est mat et faible, parce que les parois épaissies ne cèdent qu'avec peine et graduellement. Si l'hypertrophie est extrême et la cavité diminuée, le bruit s'éteint, non-seulement à cause de l'exagération des obstacles à sa formation indiqués, mais encore parce que moins de sang pénètre dans le ventricule. Dans la dilatation, par des raisons inverses, le premier bruit, comme le second, devient fort, court et clair. De l'étude approfondie de ces phénomènes doit résulter une grande précision de diagnostic. Quand les valvules aortiques ou pulmonaires sont contractées, un murmure morbide accompagne le bruit de la systole ventriculaire; et quand les valvules, ne se fermant pas exactement, admettent une régurgitation, un murmure accompagne aussi le son de la diastole ventriculaire; mais dans le dernier cas, il est extrêmement léger et court, car l'introduction du sang de l'oreillette dans le ventricule au moment de la diastole, doit arrêter presque instantanément toute régurgitation. Quand la valvule mitrale ou la tricuspide est contractée, un murmure accompagne et souvent couvre entièrement le second bruit; ce murmure est dû au passage difficile du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Si, au contraire, la valvule ne ferme pas bien, la régurgitation qui a lieu produit un murmure qui accompagne le premier bruit. Ce fait, dit le docteur Hope, est du petit nombre de ceux qui ont échappé aux recherches si exactes de Laennec. L'impulsion et les bruits du cœur peuvent manquer en partie ou en totalité, dans les cas où cet organe, soit par faiblesse, soit par obstacle à la circulation, est gorgé de sang au delà de sa puissance de propulsion.

Il serait trop long de suivre l'auteur anglais dans l'ex-

plication qu'il donne des bruits variés qui accompagnent les diverses lésions du cœur; je me bornerai à mentionner, comme chose digne d'attention, les expériences faites sur des chiens, et desquelles il résulte qu'un bruit de soufflet se faisait entendre quand l'animal avait perdu beaucoup de sang, et devenait d'autant plus perceptible que l'hémorrhagie avait été plus abondante. Plusieurs médecins, et notamment M. Andral, pensent qu'on peut, dans quelques circonstances, rapporter le bruit de soufflet à une augmentation de la quantité du sang; mais on voit aussi souvent chez des femmes chlorotiques ce même bruit de soufflet diminuer et disparaître après l'usage soutenu des ferrugineux et d'une alimentation convenable; de sorte qu'ici il y a analogie complète avec les expériences indiquées, puisque ce bruit correspond à la pauvreté et à la diminution de quantité de sang, pour cesser quand on en augmente la masse.

En résumant les diverses opinions des auteurs sur l'origine des bruits du cœur, on voit que les causes qui leur ont été assignées se réduisent aux suivantes : le choc de la pointe du cœur contre les parois thoraciques, celui que l'organe tout entier porte au diaphragme en retombant sur lui après sa contraction, la contraction et même la dilatation des ventricules, la contraction des oreillettes, le choc du sang contre la surface interne des parois ventriculaires, le choc en retour du sang contre les valvules, le frottement de ce liquide contre les orifices qui lui livrent passage, le mouvement imprimé aux valvules; enfin, et cette dernière opinion vient d'être émise par le docteur Hope, le choc des flots du liquide contenu dans les cavités du cœur, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Il est facile de déterminer la valeur de chacune de ces causes. Il résulte des expériences du docteur Hope, que le choc de la pointe du cœur contre la poitrine n'est point

nécessaire à la production de ces bruits, puisqu'après avoir enlevé les côtes et en appliquant le stéthoscope à nu sur le ventricule on percevait ces bruits, comme en auscultant sur l'homme vivant; la chute du cœur sur le diaphragme, la contraction et la dilatation des ventricules et des oreillettes, ne peuvent en aucune façon rendre compte de ces bruits; comment le choc du sang contre les parois ventriculaires, qui n'ont aucune sonoréité, pourrait-il produire des bruits dont l'intensité diminue à mesure que ces parois deviennent plus épaisses et plus fortes? Le frottement du sang, le mouvement des valvules ne sont point en rapport avec ces bruits instantanés et énergiques. Jusqu'à présent l'opinion du docteur Hope est celle qui s'accorde le mieux avec le principe de l'acoustique et qui se prête le mieux à l'explication des phénomènes dont elle indique la cause. Mais doit-on la considérer isolément et sans tenir compte de celles dont l'insuffisance paraît évidente? Ne doit-on pas admettre que le choc de la pointe du cœur qui est synchrône avec le premier bruit, ajoute quelque chose à son intensité? L'ébranlement communiqué par le cœur aux organes qui l'entourent, peut-il se produire sans donner lieu à quelque bruit? N'en est-il pas de même du frottement du sang, du jeu des valvules, des contractions ventriculaires, etc., etc.? Il est donc probable que toutes les causes indiquées séparément par les auteurs, sont pour quelque chose dans la production des bruits du cœur, et que la collision des colonnes sanguines, suivant la théorie du docteur Hope, est la cause principale, celle qui leur donne leur énergie, leur rapidité plus ou moins grande, en un mot, leur forme caractéristique. G. Richelet, D. M.

REVUE GÉNÉRALE.

Sur les ganglions des nerfs, l'origine et la nature du nerf intercostal; *par le professeur Scarpa.* — Les ganglions ne sont que des divisions et des subdivisions des filets nerveux qui y entrent; ils sont environnés d'un tissu cellulaire mou, et abreuvés de sucs, et se recomposent pour en sortir. Les ganglions composés recevant des filets de diverses origines, les cordons qui en sortent se trouvent nécessairement formés de filamens provenant de ces mêmes origines diverses.

Le tronc du nerf intercostal et ses rameaux contiennent autant de filets qu'il leur en vient des nerfs intercostaux, et même des nerfs de la 5.e paire et de la 6.e; quant à la 6e, on ne sait pas si c'est elle qui donne ou qui reçoit. Le nerf intercostal n'existe pas, à proprement parler, par lui-même, mais résulte du concours de presque tous les autres. Il en est de même du plexus brachial: chaque branche qui en sort emmène des filets de toutes celles qui y entrent (les cervicales inférieures et la première dorsale). Les rameaux inférieurs de l'intercostal sont les plus composés; aussi dans les affections de la vessie et de la matrice agitent-ils tout le corps. Il est naturel de se demander pourquoi l'intercostal, recevant ainsi des filets de tous les nerfs spinaux, n'est pas soumis à la volonté. La différence qu'on observe dans la fermeté de sa texture, comparée à celle des nerfs des sens, n'est pas une raison suffisante, et l'effet qu'on a attribué à ses ganglions d'intercepter les effets de la volonté n'est ni prouvé ni probable; mais l'explication de fait se trouve dans la confirmation qu'a reçue, depuis peu, par les expériences de M. Panizza, l'opinion de Galien relativement aux facultés différentes des deux racines des nerfs spinaux. Nous savons maintenant, en effet, que les racines antérieures donnent le mouvement, et les postérieures, qui ont un ganglion, la sensibilité. Il en est de même des nerfs cérébraux, et M. Ch. Bell a démontré que la section du sous-orbitaire (branche de la 5.e paire), fait disparaître le sentiment des lèvres et de la région nasale, et que celle du facial (provenant de la 7.e paire) abolit le mouvement de ces mêmes parties.

La 5.e paire a deux portions: la petite qui se distribue aux muscles de la mastication, la grande qui sert aux sens. Le rameau lingual de celle-ci sert au goût; mais c'est la 9.e paire qui donne le mouvement à la langue et à l'os hyoïde. M. Scarpa pense, en outre, que le nerf de la 8.e paire, sur lequel il a trouvé immédiatement après sa sortie

du crâne un ganglion, caractère qu'il regarde comme appartenant exclusivement aux nerfs du sentiment, serait destiné uniquement à donner la sensibilité aux parties dans lesquelles ses filets se distribuent, tandis que le nerf accessoire donnerait le mouvement à celles qui sont de nature musculaire.

Partant de ces faits, M. Scarpa a recherché quelles sont les racines d'où proviennent les filets qui se rendent à l'intercostal, et il a reconnu que ce sont toujours les postérieures d'où partent ces filets. Un peu au-dessus du ganglion, ces filets, d'abord au nombre de trois ou quatre, et qui s'étant ensuite réunis en un ou deux cordons, montent pardessus la racine antérieure et l'enveloppent quelquefois comme d'un réseau, ou même la traversent. Il faut de l'attention et de l'adresse pour démêler ces variétés. Aussi Schmidt s'est-il trompé en croyant que les filets de l'intercostal venaient de la racine antérieure; ils viennent bien certainement et uniquement de la postérieure; car ils naissent avant la réunion des faisceaux provenant des deux racines. Il suit de là que les fibres charnues du cœur et de l'estomac n'ont pas de filets moteurs, mais beaucoup de filets sensitifs. Leur incitation vient du sang et des alimens, et non de la volonté.

Dans une seconde lettre, M. Scarpa revient sur ce caractère qu'il attribue à tous les nerfs de la sensibilité, d'avoir des ganglions. Les nerfs cérébraux en ont eux-mêmes, suivant lui, toutes les fois qu'ils sont sensitifs. Ainsi l'olfactif a sa massue; la grande portion du trijumeau, déjà ganglionnaire à son origine, a de plus les ganglions ophthalmique, sphéno-palatin et maxillaire. Aucun des filets qui en partent ne vont aux muscles. Le nerf vague, à peine sorti du crâne, se renfle en un ganglion. « On objectera peut-être, dit M. Scarpa, que le ganglion ophthalmique vient en partie de l'oculo-moteur; je nie cette seconde origine; il vient du nasal de la 5.ᵉ paire; le petit ruban qui part du rameau de l'oculo-moteur, destiné au petit-oblique, n'est qu'un ligament celluleux et non nerveux. Ce nerf nasal donne encore des rameaux ciliaires au-dessous du ganglion, et l'oculo-moteur n'en donne aucun; aussi le mouvement de l'iris ne dépend-il pas de la volonté. »

On serait tenté de supposer, d'après ce qui vient d'être dit, que les muscles de l'œil ne reçoivent, par une exception dont-ils seraient le seul exemple, que des nerfs du mouvement et non des nerfs de la sensibilité; mais M. Scarpa croit qu'ils reçoivent aussi de ces derniers. Il soupçonne que l'abducteur en reçoit un très-ténu qui part directement du cerveau et accompagne le nerf de la 6.ᵉ paire. Quant aux autres, ils reçoivent, suivant lui, leur sensibilité des filets qui, partant du ganglion cervical supérieur de l'intercostal, se dirigent vers l'œil en suivant l'artère carotide, l'artère ophthalmique et ses divisions. Mais

d'où vient que la nature, qui avait si près les nerfs ciliaires, a fait venir ceux-là de si loin? C'est une question que l'auteur pose sans essayer de la résoudre.

Les racines postérieures de tous les nerfs spinaux, après avoir dépassé le ganglion des racines sensitives, se mêlent à celles-ci assez intimement. On y voit, en petit, le même mélange que dans les grands plexus. Ce sont ces filets sensitifs qui, débarrassés à la fin des autres, vont à la peau constituer l'organe du tact. Il faut donc abandonner l'idée que le tact est exercé par les mêmes nerfs que le mouvement. (*Extrait de deux lettres adressées par M. Scarpa à M. Weber.*)

Expériences pour déterminer les effets de l'aconit féroce sur l'économie animale; *par J. Pereira*. — On désigne, dans le royaume de Népal dans l'Inde, sous le nom de *Bish*, *Bick*, ou *Kodoyabick*, une racine dont on exporte annuellement des quantités considérables et qui sert généralement pour empoisonner les flèches. Cette racine, introduite dans l'estomac ou appliquée sur une blessure, est considérée comme un poison très-énergique. Le docteur Hamilton qui en a fait mention dans son ouvrage intitulé : *Account of the kingdom of Nepal*, la regardait comme appartenant à une plante du genre *caltha*; mais le docteur Wallich a reconnu, par un examen approfondi, que cette plante est une espèce d'aconit à laquelle, en raison de ses propriétés vénéneuses, il a donné le nom d'*aconitum ferox*.

Les expériences suivantes ont été faites avec des racines d'aconit féroce que M. Wallich avait conservées depuis une dixaine d'années; ce qui peut faire croire qu'elles avaient perdu en partie leurs propriétés vénéneuses; les résultats obtenus par M. Pereira font voir que cependant elles étaient encore très-énergiques.

Une partie de ces racines fut pulvérisée; une autre servit à préparer un extrait alcoholique, et une troisième un extrait aqueux préparé à l'eau distillée.

» Je goûtai, dit l'auteur, à plusieurs reprises la liqueur spiritueuse pendant l'évaporation et je ne remarquai d'abord rien de particulier; mais dix minutes ou un quart d'heure après je sentis à l'extrémité de la langue et sur les lèvres un picottement tout particulier et un sentiment de torpeur. Bientôt après la voûte du palais devint douloureuse, et j'éprouvai une sensation comme si le voile du palais et la luette étaient en contact avec la base de la langue. La douleur du palais était si forte et si désagréable que je commençai à m'en alarmer; mais au bout d'un quart d'heure environ, elle se dissipa; la torpeur de la langue seule continua pendant seize heures. MM. Boot, Wallich, Falconner, J. et G. Greeves éprouvèrent à peu-près les mêmes choses après avoir goûté cette liqueur alcoholique.

M. Lunn ressentit une titillation particulière dans le nez qui le fit éternuer pendant quelque temps et qui dura quatre heures, pour avoir pulvérisé sans précaution une petite quantité de cette racine.

I.re *Expérience*. — Le 14 février 1830, on introduisit avec peine cinq grains de racine d'aconit féroce pulvérisés dans l'œsophage d'un jeune lapin au moyen d'un tube de verre; deux grains de cette poudre furent perdus dans les efforts que fit l'animal pour échapper à l'expérience. Au bout d'une minute, la respiration paraît difficile; l'animal est souffrant, quelques gouttes de liquide mêlé à une petite portion de la poudre vénéneuse s'échappent de la gueule. Trois minutes après, salivation très-abondante et difficulté très-grande de respirer; au bout de douze minutes affaiblissement et presque paralysie du train de derrière; cinq minutes après, impossibilité absolue de se tenir sur ses pattes; une minute plus tard, convulsions des membres postérieurs, évacuation d'un peu d'urine, extension des pattes de derrière; l'animal paraît mort. Vingt minutes après le commencement de l'expérience les matières contenues dans les intestins sont évacuées.

Les muscles volontaires se contractent une demi heure après la mort sous l'influence de la pile galvanique; le mouvement vermiculaire des intestins augmente sensiblement, le cœur ne se contracte que faiblement. En examinant le cadavre de l'animal, on trouva les cavités gauches du cœur vides; les droites remplies de sang; les poumons d'un rouge vif; les artères pulmonaires gorgées de sang, et l'estomac rempli d'alimens non-digérés : une petite portion de la poudre avait pénétré dans la trachée-artère.

II.e *Exp.* — Un grain d'extrait alcoholique d'aconit féroce fut introduit dans le péritoine d'un jeune lapin. Au bout de deux minutes, affaiblissement du train de derrière; de trois minutes, gêne de la respiration, accompagnée d'une sorte de mouvement convulsif; de trois minutes et demie, renversement de la tête en arrière; de cinq minutes, convulsions légères, l'animal tombe sur le côté; de six minutes, convulsions plus violentes, efforts infructueux pour se relever, difficulté extrême de la respiration; de huit minutes, insensibilité complète des extrémités postérieures, même lorsqu'on les pique fortement; de neuf minutes, convulsions générales; enfin, au bout de neuf minutes et demie mort; à ce moment les pupilles sont très-dilatées; mais trois minutes après elles commencèrent à se contracter.

Six minutes après la mort, les muscles volontaires se contractent sous l'action de la pile, mais cette contractilité cesse bientôt. Les oreillettes offrent des contractions très-manifestes, même après que les fils conducteurs sont éloignés. Les ventricules paraissent presque

insensibles à l'action galvanique. Le côté droit du cœur est gorgé de sang noir ; le droit est vide ; les poumons sont d'un rouge vif, et les artères pulmonaires gorgées de sang.

III.e *Exp.* — Après avoir fait sur un lapin une incision à la peau du côté gauche de la poitrine, on introduisit dans le tissu cellulaire sous-cutané un grain d'extrait alcoholique. Immédiatement après l'expérience, l'animal continua de manger ; mais il cessa au bout de six minutes. Après la septième minute, évacuation de matières fécales ; au bout de huit minutes, grincement des dents, renversement de la tête en arrière, salivation ; de neuf minutes, incertitude des mouvemens ; de neuf minutes et demie, impossibilité de se tenir sur ses pattes, convulsions ; de dix minutes, insensibilité des membres postérieurs ; de onze minutes, convulsions violentes surtout dans les pattes de devant, cris faibles et répétés ; de treize minutes, chute sur le côté ; de quatorze minutes, mouvement violent dans les muscles abdominaux ; de quatorze minutes et demie, convulsions du train de derrière, écoulement de l'urine, dilatation extrême des pupilles, enfin un quart d'heure après le commencement de l'expérience l'animal succombe, et bientôt les pupilles commencent à se contracter.

Les effets du galvanisme et les altérations observées sur le cadavre furent absolument les mêmes que dans l'expérience précédente.

IV.e *Exp.* — On introduisit deux grains d'extrait aqueux dans la cavité du péritoine d'un lapin adulte ; une partie de cette substance dissoute dans la sérosité qui s'écoulait par la plaie, se trouva ainsi en contact avec les lèvres saignantes de l'incision. Au bout de deux minutes, l'animal paraît mal à son aise et lèche sa blessure ; après cinq minutes, alongement spasmodique des pattes de derrière, respiration précipitée ; au bout de neuf minutes, évacuation d'urine, d'un quart d'heure, station difficile, l'animal chancelle sur ses pattes ; de dix-sept minutes, mouvement instantané qui porte la tête de côté ; de vingt minutes, affaiblissement considérable, respiration fréquente et convulsive, impossibilité de se tenir sur ses pattes, l'animal reste étendu tout de son long, respiration irrégulière ; de vingt cinq minutes, fortes convulsions, cris faibles, pupilles très-dilatées, yeux enfoncés dans les orbites ; enfin, au bout de vingt-sept minutes, mort.

Les résultats de l'examen du cadavre furent les mêmes que dans les expériences précédentes.

V.e *Exp.* — On fit avaler à un jeune lapin un grain d'extrait alcoholique, placé sur un petit morceau de feuille de chou. L'animal, à jeun depuis vingt-quatre heures, ne chercha pas à manger des feuilles de choux qu'on lui présenta. Le seul effet appréciable du poi-

son fut un mouvement des mâchoires qui dura plus d'une heure; l'animal semblait ruminer.

VIe *Exp.* — On introduisit deux grains et demi d'extrait alcoholique étendus dans deux ou trois gouttes d'alcohol dans un petit tube de cuivre muni d'un robinet dont on plaça une des extrémités dans la veine jugulaire d'un chien vigoureux et de grande taille. On adapta à l'autre extrémité de ce tube une petite seringue contenant de l'eau tiède, et on fit ainsi passer dans la veine le poison mêlé à l'eau. On prit les plus grandes précautions pour éviter l'introduction de l'air dans les vaisseaux. La totalité du liquide injecté n'excédait pas deux gros. Aussitôt après l'expérience l'animal fit de violens efforts; au bout d'une minute, il survint des convulsions très-fortes, la respiration devint pénible, et il y eut des évacuations abondantes d'urine et de matières fécales; la mort arriva au bout de trois minutes.

La veine jugulaire contenait un liquide blanchâtre mêlé de sang et un caillot assez volumineux. Les cavités droites du cœur étaient gorgées de sang, les cavités gauches étaient au contraire tout-à-fait vides. Les veines-caves inférieures et supérieures ainsi que les artères pulmonaires étaient remplies de sang en partie coagulé; les poumons étaient d'un rouge vif; l'estomac palpitait sous le bistouri. Une expérience comparative faite sur un chien à-peu-près de même taille, en injectant à l'aide du même appareil un mélange d'eau et d'alcohol dans la veine jugulaire, ne laissa aucun doute que la mort de l'animal dans l'expérience précédente ne dût être attribuée à l'action de la substance vénéneuse et non à celle de l'eau ou de l'alcohol ni à l'introduction de l'air dans la veine.

VIIe *Exp.* — Cette expérience fut absolument semblable à la seconde; elle fut faite sur un jeune lapin, et donna absolument les mêmes résultats; seulement l'animal ne parut affecté qu'une demi-minute plus tard, et il mourut une minute et demie plus tôt.

VIIIe *Exp.* — Le 19 février, on fit avaler à un petit lapin trois grains d'extrait alcoholique enveloppés dans un morceau de feuille de chou. Le seul effet qui parut résulter de cette expérience, fut le mouvement continuel de mastication et de rumination, déjà signalé dans la Ve expérience. Au bout de quatre heures, on fit périr l'animal, et on trouva l'estomac distendu par des alimens, sans aucune lésion appréciable.

IXe *Exp.* — On fit avaler à un chien adulte, à jeun depuis vingt-quatre heures, six grains d'extrait alcoholique. On n'observa aucun symptôme si ce n'est un tremblement très-fort qui allait jusqu'aux convulsions, et qui n'eut lieu qu'une seule fois.

Xe *Exp.* — On injecta dans la veine jugulaire d'un chien un peu

d'extrait alcoholique dissous dans trois gros d'eau. Aucun accident ne se manifesta ; une seconde injection avec le double d'eau et d'extrait ne produisit aucun effet.

Des expériences dont il a donné les détails, l'auteur croit pouvoir conclure :

« 1.° Que la racine de l'aconit féroce est un poison des plus violens ;

2.° Que les extraits alcoholique et aqueux sont vénéneux, le premier à un beaucoup plus haut degré que le second ;

3.° Que ce poison exerce une action locale sur les nerfs de la partie à laquelle il est appliqué ;

4.° Que son action éloignée s'exerce sur le système nerveux ;

5.° Que l'intensité de cette action est en proportion de la faculté absorbante de la partie avec laquelle la substance délétère est en contact ;

6.° Que la cause immédiate de la mort est l'asphyxie ;

7.° Que ce poison diminue l'irritabilité du cœur ;

8.° Que les symptômes qu'il produit sont la difficulté de la respiration, des convulsions et la paralysie des extrémités ;

9.° Enfin qu'il y a une très-grande analogie entre les effets de cette espèce d'aconit, et l'aconit napel de nos contrées ; seulement que l'action de la première est beaucoup plus énergique que celle de la seconde. » L'auteur ajoute qu'il a appris de M. Wallich qu'on emploie fréquemment dans l'Inde la racine qui nous occupe dans les affections rhumatismales, et qu'on en obtient de très-bons effets.

Les expériences de M. Pereira ont été faites en présence de M. le docteur Falconner, chirurgien au Bengale, de MM. G. et J. Greeves, de M. Lunn et de son frère M. Jer. Pereira. (*Edinburgh journal of natural and geographical Science*, Juillet 1830.)

EMPOISONNEMENS PAR LES FRUITS DE LA BELLADONE ; PAR A. L. KOESTLER. — Le nommé A.*** accompagné de son fils âgé de 9 ans ; se promenant un après-midi dans les bois, fit cueillir par son fils des baies que, en raison de leur couleur noire et brillante, il prit pour des cerises des bois. L'enfant trouvant ces fruits douceâtres en mangea une grande quantité ; A.*** lui même en mangea une dixaine et en emporta chez lui une bonne provision pour ses autres enfans. Son second fils âgé de cinq ans en mangea beaucoup ; ses deux filles déjà grandes en prirent moins. Toute la famille se coucha bien portante, mais vers le matin les deux garçons furent pris d'une agitation violente, d'un délire continuel, et ce ne fut qu'avec peine qu'on put les retenir dans leur lit. Un médecin appelé sur ces entrefaites leur fit avaler de l'eau de savon et ordonna du café qui ne fut pas pris. Vers dix heures du matin, M. Koestler qu'on avait demandé arriva,

et en s'informant de ce qui s'était passé il apprit que, après avoir mangé les baies, le père avait bu du vin blanc nouveau et acide; que dans la soirée il avait eu un vomissement et plusieurs selles abondantes; que le matin il n'éprouvait plus qu'un peu de céphalalgie accompagnée d'une légère stupeur, et de temps à autre des tiraillemens momentanés dans le bas-ventre. La plus jeune des deux filles qui avait mangé le moins de ces fruits avait vomi pendant la nuit et se plaignait de maux de tête et de trouble dans la vue; ses pupilles n'étaient pas très-dilatées. La fille aînée en avait mangé davantage; elle avait moins vomi, aussi était-elle plus gravement affectée que sa sœur. Elle éprouvait une céphalalgie gravative, de la stupeur, un trouble très-grand de la vision, une très-forte dilatation des pupilles, des vertiges; sa marche était chancelante, la poitrine et l'abdomen indolens, le pouls normal, la langue nette; mais de temps en temps il lui survenait des renvois qui avaient l'odeur de la belladone. Chez les deux garçons, les symptômes de l'empoisonnement se prononçaient dans toute leur violence: agitation extrême; mouvement continuel des mains et des doigts, carphologie très-prononcée, introduction fréquente des doigts dans les narines, délire violent mais d'un caractère gai, vision presque abolie; hallucinations continuelles, dilatation extrême et immobilité des pupilles, yeux alternativement fixes et très-mobiles, mouvemens spasmodiques des muscles de la face, grincemens de dents, pandiculations, voix faible et enrouée, léger gonflement au côté gauche du cou et sentiment de brûlure le long de l'œsophage chez l'aîné; chez les deux malades, aversion très-prononcée pour tout liquide et mouvemens spasmodiques du pharynx, lorsqu'on les forçait à boire; enfin érections fréquentes et émissions involontaires des urines. Cet ensemble de symptômes offrait une grande analogie avec la *manie sans fièvre*; en effet, le pouls était dans l'état normal ainsi que la respiration. Quelques baies qui furent retrouvées avec une petite branche de la plante qui les avait fournies, firent promptement reconnaître à M. Koestler la nature des accidens qu'il observait.

Deux indications se présentaient à remplir pour combattre les symptômes: d'abord expulser les restes de la substance délétère et ensuite de remédier aux accidens résultant de sa présence dans l'estomac. En conséquence, il administra aux deux garçons et à la fille, qui n'avaient pas vomi ou qui l'avaient fait peu abondamment, un vomitif composé ainsi qu'il suit: ℞ Ipécacuanha, ℈ ij; tartre stibié gr. iv; eau, oxymel scillitique et sirop simple ana, ℥ j; M. à prendre par cuillerées toutes les dix minutes. La première prise fit vomir très-copieusement la jeune fille qui se rétablit promptement ainsi que son père et sa sœur à l'aide de la diète et de la limonade en

boisson. Les deux garçons ne vomirent au contraire que quand on leur eut donné deux fois la potion entière. L'aîné vomit beaucoup de débris de baies avec du mucus et de la bile. Comme la déglutition était très-pénible, on donna toutes les deux heures des lavemens avec de l'eau vinaigrée et on fit des lotions avec du vinaigre le long de la colonne vertébrale et sur la tête. Sous l'influence de ces moyens, les accidens diminuèrent graduellement; plusieurs selles très-fétides entraînèrent des débris des baies, et au bout de quelques jours les petits malades étaient en pleine convalescence.

Ces observations tendent à prouver que les baies de belladone agissent exclusivement sur le système nerveux central et qu'elles jouissent d'une vertu purement narcotique, tandis que les feuilles et la racine de cette plante y joignent une propriété âcre et excitante. Par son mode d'action sur les organes de la déglutition, ce fruit semblerait se rapprocher du virus rabique, et par une foule d'autres effets, il présente des analogies très-grandes avec le principe, quel qu'il soit, de la fièvre typhoïde. L'auteur se demande, en terminant, s'il ne serait pas utile de tenter quelques expériences thérapeutiques avec les baies de la belladone, qui paraissent devoir fournir un médicament narcotique, sans être en même temps excitant? (*Medizinische Jarhbücher des Krankheiten oesterreichischen Staates*, 1830, 2.me cahier.)

Académie royale de Médecine. (Juin.)

Séance du 5 juin. — DÉFORMATION EXTRAORDINAIRE DU CRANE ET DE LA FACE. — M. le docteur Souty lit une note sur la conformation irrégulière de la tête d'une jeune indienne. Mariammé, c'est le nom de cette fille, de caste Paria, âgée de 17 à 18 ans, originaire d'une aldée de la domination anglaise, arriva dans l'établissement français de Karical (côte de Coromandel), dans la vue d'y exploiter la crédulité publique. Elle s'annonçait comme un génie de la déesse Mariatta qui envoie aux indiens la petite vérole; disait que sa difformité provenait de cette maladie, et menaçait de la colère de Mariatta ceux qui ne lui feraient pas l'aumône. Voici les renseignemens que le docteur Souty put obtenir sur Mariammé. Elle avait présenté en naissant les difformités qu'on observait et qui s'étaient développées avec l'âge. Dès son enfance elle avait été employée aux soins du ménage, aux travaux de la campagne, et l'on n'avait jamais remarqué en elle moins d'intelligence que chez ses compagnes, ni des penchans

particuliers, ni le moindre acte de folie. Les règles avaient paru à 12 ans et avaient continué avec régularité. La mère de cette fille était morte en la mettant au monde. Son frère, plus âgé qu'elle, n'avait aucun vice de conformation.

N'ayant aucun moyen de faire modeler la tête de cette fille en plâtre ou en cire, le docteur Souty essaya de le faire avec de l'argile et de la paille hachée, mais l'argile se fendit et s'écailla. Il prit alors le parti de faire sculpter en bois par un ouvrier habile, le portrait de la tête, portrait qu'il assure être d'une ressemblance parfaite.

M. Souty donne la description suivante des difformités de la tête de Mariammé.

Tous les os du crâne sont déformés. La peau est saine, recouverte de cheveux noirs coupés très-ras. Le coronal, à sa partie moyenne, présente une proéminence considérable; les pariétaux font saillie à la partie supérieure et moyenne, comme s'ils avaient été fortement comprimés latéralement. On remarque dans ce sens des enfoncemens très-prononcés. L'occipital, d'une capacité anormale et tombant en arrière, paraît soutenir la plus grande partie de la masse encéphalique. Le temporal gauche participe aux désordres. L'apophyse mastoïde est énorme et comme détachée du crâne. Le temporal droit est sain. Les difformités ne sont pas en effet également de chaque côté; elles se remarquent surtout dans les deux tiers gauches de la tête.

L'arcade orbitaire droite, saine d'ailleurs, est un peu aplatie et fuit en arrière. L'œil de ce côté est dans l'état naturel, la vue bonne, et la dilatation et le resserrement de la pupille se remarquent très-bien. L'orbite droit fait une saillie considérable, et le globe oculaire tourné en haut est projeté un peu en avant en dehors des paupières. Cet œil est malade: la cornée opaque, la conjonctive à l'état de suppuration. L'écartement des yeux est de deux pouces à peu-près. Cet espace est rempli par des inégalités, des proéminences osseuses sur lesquelles le tissu cutané est parfaitement sain.

Une tumeur volumineuse s'est développée aux dépens des cartilages du nez et surtout de la portion gauche. La narine droite existe seule en effet, et communique avec l'ouverture nasale postérieure. Celle du côté gauche est entièrement oblitérée. La tumeur est mobile, arrondie antérieurement et inégale seulement à la partie inférieure gauche; la peau qui la recouvre est saine; cette tumeur a l'apparence et la rénitence d'un lipôme. Les *nerfs olfactifs* ne reçoivent qu'imparfaitement l'impression des odeurs.

La bouche, horrriblement contournée, est abaissée à son angle gauche par le poids de la tumeur nasale. A la commissure droite, la pointe de la langue fait saillie entre les lèvres, car le dévelop-

pement considérable de cet organe l'empêche de se loger en totalité dans la cavité buccale. Rien d'aussi hideux que l'aspect de cette langue déployée au devant des lèvres : sa largeur est doublée, son épaisseur augmentée, des sillons la traversent diagonalement, et pour se replier et mettre à profit le plus d'espace possible dans le sens transversal de la cavité de la bouche, elle se contourne en Z renversé. Les papilles ne paraissent pas avoir acquis un développement anormal, et les saveurs sont perçues. Les arcades dentaires sont à-peu-près dégarnies : on n'y voit que quelques dents cariées. Mais on sait qu'il est bien peu d'indiens qui, dans l'adolescence, n'éprouvent déjà les effets de la mastication de l'arak et du betel mélangés à la chaux.

L'oreille droite est saine, bien conformée, et l'audition a lieu de ce côté. L'oreille gauche, un peu plus grande que l'autre, est entièrement oblitérée par une tumeur de la même nature que celle du nez, de la grosseur d'une aveline, et développée à l'orifice du conduit auditif externe.

Les deux branches du maxillaire inférieur sont irrégulières et se réunissent en faisant une saillie considérable à l'angle gauche de la mâchoire et contournée endehors.

Le corps n'offre qu'une difformité, qui a son siége dans l'os iliaque droit. Cette partie du bassin paraît avoir été arrêtée dans son développement, et il en résulte une claudication très-prononcée. La colonne vertébrale, la poitrine et les membres sont bien conformés; les seins sont très-peu développés. — Aucune partie du corps n'offre de cicatrice de boutons varioleux, ce qui est contraire aux allégations de Mariammé qui attribue à la variole ses difformités.

Les fonctions de la respiration, de la circulation, de la digestion ont lieu sans trouble ; la déglutition et la prononciation sont gênées par le volume de la langue. Aucune partie du corps n'est affectée de paralysie. Mais ce qui est remarquable, c'est que, malgré les changemens de formes que les désordres survenus dans les os du crâne ont dû imprimer au cerveau, les facultés intellectuelles demeurèrent intactes, qu'il n'existe aucun état maladif général, qu'elle n'éprouve aucune douleur à la tête, dont la grosseur prodigieuse détermine seulement un sentiment de pesanteur incommode, une fatigue des muscles du cou.

M. Souty n'a pu décider cette fille à le suivre en France, mais il conserve l'espérance de recevoir tôt ou tard des détails anatomiques précieux.

Après cette communication, M. Double fait un rapport sur de nombreuses pièces transmises à l'Académie par l'autorité, et relatives au choléra-morbus. Aucune d'elles ne mérite attention.

Appareil de bains de chaleur. — M. Thillaye lit un rapport favorable sur un appareil du docteur D'Anvens, désigné sous le nom de *sudatorium*, et destiné à donner des bains de chaleur. Imaginé d'abord pour les cas d'asphyxie par submersion, cet appareil est présenté par son auteur comme devant être utile dans la période algide du choléra. Il consiste en un cerceau qui doit supporter les draps et couvertures sous lesquels est le malade. A la paroi correspondante aux pieds est un tube auquel s'adapte une lampe à double courant et à cheminée. On allume l'esprit de vin, et en quelques minutes on élève la température à des degrés de plus en plus élevés qu'on peut mesurer à l'aide d'un thermomètre. Le docteur D'Anvers a fait, à son premier appareil, une addition avantageuse. Dans le but de le rendre apte à donner des bains de vapeur, il a fait adapter au-dessus de la lampe une espèce de capsule mobile en forme de tube, destinée à recevoir de l'eau bouillante. Au tiers inférieur de cette capsule est un diaphragme criblé de trous pour maintenir au-dessus de la vapeur du liquide des plantes de différentes espèces suivant la nature de la fumigation qu'on veut administrer. — Ce rapport a été l'objet d'une discussion peu importante. L'adoption en est remise à la prochaine séance.

Séance du 12. — Adoption du rapport de M. Thillaye sur le *sudatorium* du docteur D'Anvers.

M. Desportes développe une proposition tendant à faire nommer une commission pour examiner la légalité et la moralité de l'ordonnance du préfet de police qui prescrit aux médecins de déclarer à l'autorité les individus blessés auxquels ils donneraient des soins, et par suite pour rédiger un projet de protestation contre cette ordonnance. Le président prend aussitôt la parole pour annoncer que le Conseil d'administration avait décidé que l'Académie devait rester étrangère à ces discussions. L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

M. Ségalas fait un rapport sur une observation de taille latérale adressée par M. Moulinié de Bordeaux. Cette opération a été nécessitée par la présence d'un fragment de soude dans la vessie. Le malade, qui plaçait lui-même la sonde, dont l'usage était prescrit à cause d'une coarctation de l'urètre récemment guérie au moyen des caustiques, s'était introduit un jour une moitié de sonde, lorsqu'en faisant un effort, cet instrument disparait et passe dans la vessie.

M. Charrière présente à l'Académie une pompe à injection et à jet continu de son invention.

Séance du 19. — Effets des inspirations de chlorure de sodium dans le choléra. — M. Guéneau de Mussy lit un rapport sur les effets du chlorure de sodium proposé par M. Richard, pour le traitement du choléra, et administré par ce pharmacien au moyen d'un appa-

reil particulier. Les reuseignemens et les expériences de la Commission ne confirment par les avantages qu'attribue M. Richard à la vapeur d'eau chlorurée. Le rapporteur considère ce moyen, non-seulement comme inefficace, mais encore comme nuisible à cause de l'irritation qu'il peut déterminer dans les poumons et à cause de l'anxiété et de l'oppression auxquelles sont en proie les cholériques et que ces inspirations tendent à augmenter. Le rapport et les conclusions sont adoptés.

M. Husson appelle l'attention sur le développement de parotides à la suite du choléra. Divers membres déclarent avoir observé cet accident. (Il en est question dans la note que M. Rayer a publiée dans les *Archives* sur le choléra; et nous insérerons dans le numéro prochain diverses observations recueillies dans le service de ce médecin, et qui ont pour objet ce phénomène morbide.)

Appareil de bains de vapeurs. — M. Mérat fait un rapport avantageux sur un appareil portatif de M. Bert et propre à donner des bains de vapeur. On reproche à cet appareil d'être chauffé par la flamme d'alcohol et de dégager beaucoup de vapeurs alcoholiques susceptibles d'affecter la tête des malades; mais on pourrait faire disparaître cet inconvénient en établissant autour de l'appareil des tuyaux d'appel.

M. Fabre, du département de Lot-et-Garonne, lit un mémoire composé d'une suite d'observations sur divers sujets. Nous en parlerons à l'occasion du rapport qui sera fait.

M. Maingault lit une note sur la maladie qui s'est manifestée sur un grand nombre de poules aux environs de Paris. Le caractère des symptômes et des altérations trouvées dans les organes, font présumer à l'auteur que cette maladie est analogue au choléra.

Académie royale des Sciences.

Séance du 4 juin. — Thymus. — M. Dupuytren fait un rapport sur *des Recherches anatomiques et physiologiques sur la Glande thymus*, par Astley Cooper. Le célèbre chirurgien anglais a voulu étudier l'organisation de cette glande, ce qu'on avait fait bien des fois avant lui, mais sans grands résultats pour la science. Il a commencé par diriger son attention sur le thymus des animaux qui, comme le veau, présentent cet organe très-développé : il l'a ensuite examiné chez divers autres animaux, et enfin chez l'homme. Le thymus est enveloppé à l'extérieur par une membrane cellulaire lâche qui le fixe aux organes environnans, et concourt à maintenir réunies les diverses

parties dont il est formé. Au-dessous de cette première enveloppe, on trouve un tissu réticulaire qui entre dans la composition des lobes, et sert à les unir entre eux, ainsi que les lobules qui les constituent. Outre ce mode d'union, il existe entre les différens lobes un vaisseau de communication qui est formé en dedans par une membrane muqueuse. Un appareil ligamenteux, qui passe à travers le centre du thymus, sert à-la-fois à unir solidement les différens lobes, et à soutenir les vaisseaux nourriciers et le vaisseau de communication. Les lobes du thymus sont de différentes formes; ils sont plus distincts aux angles de l'extrémité supérieure et moins à la partie moyenne. Lorsqu'on les coupe, ils n'offrent d'abord qu'une masse pulpeuse, sans organisation distincte; mais s'ils ont préalablement été injectés avec de l'alcohol, ils présentent des cavités nombreuses et assez grandes, desquelles sort en abondance un liquide laiteux. Chaque lobe est formé d'une grande quantité de petites cellules secrétoires juxtà-posées, dont l'orifice est dirigé vers un ou plusieurs réservoirs internes, tapissés par une membrane muqueuse très-délicate. Chacun de ces réservoirs est uni à ceux des autres lobes par un vaisseau de communication qu'une portion de la glande elle-même environne, et qui, en raison de ses sinuosités, ne peut que très-difficilement être injecté dans toute son étendue. La transparence extrême des membranes dont ces cavités sont tapissées est un obstacle à ce qu'on les aperçoive bien; mais on y remédie, dit sir Astley Cooper, en les endurcissant et les rendant opaques au moyen d'un injection d'alcohol, additionnée au besoin de sulfate acide d'alumine et de potasse ou de deuto-chlorure de mercure. M. Cooper a réussi à injecter parfaitement en cire colorée toutes les cavités et les vaisseaux de communication. Le thymus reçoit ses artères de différentes parties: celles de toute sa moitié inférieure proviennent des artères maxillaires; celles de sa portion supérieure viennent de la carotide commune, à l'exception des angles supérieurs qui reçoivent les leurs de la carotide externe et de la thyroïdienne supérieure. Quant aux veines, celles de la moitié inférieure se rendent aux mammaires internes; les autres se rendent aux veines jugulaires et thyroïdiennes; mais la plus grande partie du sang de cette portion supérieure est rapportée par deux veines particulières qui se terminaient aux jugulaires internes. Pour les vaisseaux absorbans, l'injection en fait découvrir un assez grand nombre; mais il y en a deux principaux qui, prenant naissance vers les parties supérieures de l'organe, vont s'aboucher par un ou plusieurs orifices avec les veines jugulaires, tout près de la jonction de ces dernières avec la veine cave supérieure. Ces vaisseaux, suivant sir A. Cooper, sont destinés à transporter dans les veines le fluide du thymus; mais quoique leur capacité soit telle qu'on puisse les injecter avec de la

cire, leur structure les ferait considérer bien plutôt comme des vaisseaux absorbans que comme des canaux excréteurs. Un conduit excréteur, en effet, est en général formé de deux membranes, une extérieure musculaire et une interne secrétoire; de plus, il n'offre de de valvules qu'au point de sa terminaison. Les vaisseaux dont il s'agit ici, au contraire, quoique larges, sont transparens et garnis de valvules. En outre, si l'on injecte avec du mercure les glandes lymphatiques qui existent en assez grande abondance à la surface du thymus, la matière de l'injection pénètre aussitôt, par de petits vaisseaux, dans les deux gros dont il est question. D'ailleurs, ce qui prouve encore que ce sont en réalité des vaisseaux absorbans, c'est qu'il est impossible de les injecter à rebours, c'est-à-dire en se dirigeant de la veine vers la glande. En conséquence, M. A. Cooper nomme ces vaisseaux *conduits absorbans* du thymus, et les considère comme destinés à transporter dans les veines le fluide secrété par cette glande.

Si l'on dissèque sous l'eau le thymus humain, après avoir détruit les adhérences dues à la présence des vaisseaux sanguins, on trouve: 1.° que la glande est formée de deux parties distinctes, unies seulement par du tissu cellulaire; 2.° que chaque moitié forme un long chapelet dont les lobes secréteurs représentent les grains, et les canaux de communication représentent le fil; 3.° que ces grains sont disposés en une spirale qui s'étend de la partie supérieure à la partie inférieure de la glande; 4.° enfin, qu'il existe pour l'organe un réservoir serpentant, doublé d'une membrane muqueuse, et revêtu en dehors par les canaux de communication qui concourent à former sa paroi externe.

Le fluide que secréte le thymus a offert une composition qui se rapproche de celle du sang, et M. A. Cooper est porté par là à penser que cette glande a pour usage de séparer du sang de la mère un fluide qui entre dans les veines, et sert à la nutrition comme le fait le chyle après la naissance.

Séance du 11 *juin*. — Injection de solutions salines dans les veines des cholériques. — M. Moreau de Jonnès communique une note sur ce sujet. Le docteur Thomas Latta vient d'injecter avec succès, dans six cas de choléra grave, des quantités énormes de solutions salines légères. Suivant lui, ce moyen ranime et active la circulation, et rend au sang sa couleur; les effets en sont étonnans et très-prompts. Mais pour cela il faut que l'injection soit considérable, par exemple de cinq à six livres pour un adulte, et répétée à des intervalles plus ou moins longs, selon l'état du pouls et les autres symptômes: quand le pouls manque, il faut davantage de liquide. Dans un cas, 120 onces ont été injectées en une seule fois, et portées jusqu'à la dose

de 330 onces en douze heures. Une autre fois, 376 onces ont été injectées depuis le lundi, à onze heures du soir, jusqu'au jeudi, quatre heures du matin; c'est-à-dire plus de 31 livres en cinquante-trois heures. La solution que l'on a employée consistait en *deux gros de carbonate de soude dans soixante onces d'eau;* elle était à la température de + 43 à 44° centigrades. L'appareil employé pour l'injection était une seringue commune de Reid (le liquide était placé dans un vase profond et étroit) avec une canule assez petite pour pouvoir être introduite dans l'ouverture d'une saignée ordinaire. Si l'opération doit être répétée, il vaut mieux injecter dans diverses veines. Les effets de cette injection sont le retour immédiat du pouls, l'amélioration de la respiration et de la voix, la réapparition de la chaleur, une amélioration dans l'aspect du malade avec un sentiment de force.

Plus tard, ce même moyen a encore été employé avec un pareil succès dans deux autres cas. Soixante onces ont été injectées à-la-fois, et cette dose a été répétée trois ou quatre heures après. Dans un cas où 58 onces furent injectées (c'était la troisième opération), le pouls était, en commençant, à 180, très-petit et très-faible; la malade, fort agitée, avait le sentiment d'une faiblesse excessive et se trouvait tourmentée par une soif dévorante. Douze onces n'avaient pas encore été injectées que déjà le pouls commençait à se relever; il devint plus lent et plus large, et cette amélioration continua jusqu'à ce que les 58 onces fussent achevées; il était alors au-dessous de 110. Le mieux était général et très-marqué; il y avait une chaleur modérée et une légère transpiration à la face; les veines du dos de la main étaient pleines; la tranquillité était revenue; le sentiment d'extrême faiblesse avait disparu et la soif s'était éteinte. Le pouls alors était plein, libre et souple; il resta au-dessous de 100.

Ostéologie. — M. Guyon, chirurgien en chef des Invalides d'Avignon, adresse un ouvrage de M. Wattmann, professeur de médecine opératoire à Vienne, sur une nouvelle manière de réunir les diverses pièces du squelette humain, en remplaçant les différens ligamens qui unissent les os dans l'état frais par des bandelettes élastiques disposées de la même manière. Sur un squelette ainsi disposé, on peut démontrer avec une très-grande simplicité le mécanisme de toutes les luxations, et étudier les nouveaux rapports que prennent dans ce cas les pièces qui concouraient dans l'état normal à constituer chaque articulation.

Nouveau cartilage laryngien. — M. Duméril fait un rapport sur un mémoire de M. E. Rousseau, chef du laboratoire d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle, relatif à la découverte d'un nouveau cartilage laryngien. M. Rousseau a observé, il y a sept ou huit ans,

dans le larynx d'un chien, un noyau cartilagineux dont les auteurs n'avaient pas fait mention. Ce petit cartilage, qu'il a eu depuis l'occasion de rencontrer chez beaucoup d'autres mammifères, est le plus souvent unique, ou s'il est double, comme cela se voit chez l'ours, le coati, la geuette, la panthère et l'alpaca, les pièces chez d'autres se soudent souvent entre elles, comme dans le chien, le chacal, le lion et le chevreuil. Il est situé sur le bord supérieur du chaton ou partie large postérieure du cartilage cricoïde, et c'est sur lui que se meuvent les cartilages arythénoïdes, souvent par une articulation munie d'une capsule synoviale et de ligamens. M. Rousseau désigne ce cartilage organique, d'après ses rapports, sous le nom de *sus-crico-arythénoïdien*. Dans le lion, il existe des muscles qui s'attachent sur cette pièce solide; dans le chevreuil, ils sont remplacés par de simples trousseaux de fibres ligamenteuses étendues sur une véritable capsule articulaire. M. Rousseau a cherché vainement ce cartilage dans l'homme : il croit que cette pièce, ou les ligamens qui en tiennent lieu, fortifient le bord postérieur de la glotte en empêchant les cartilages arythénoïdes d'être refoulés dans l'acte de la respiration, mais il ne présente du reste son opinion que comme une simple conjecture.

Séance du 18 *juin*. — **Rétentions d'urine.** — M. Leroy (d'Étiolle) adresse une lettre dans laquelle il rappelle qu'il y a deux ans, il a lu devant l'Académie un mémoire sur un nouveau mode de traitement des rétentions d'urine que l'on attribue généralement à la paralysie de la vessie, et qu'il croit être plus ordinairement produites par la tuméfaction d'une portion ou de la totalité de la prostate. Il a rapporté, dans ce travail, plusieurs exemples de guérisons obtenues par l'emploi du procédé du redressement de l'urètre et de la compression de la prostate. Depuis lors, ces guérisons se sont multipliées. Il arrive cependant que ni le redressement de l'urètre, ni la compression de la prostate, ni les sondes à demeure ne font cesser la rétention. Cela a lieu surtout lorsque la tumeur est pédiculée, et ferme l'ouverture vésicale de l'urètre par une sorte de soupape mobile. La ligature offre alors une dernière ressource, et, pour la pratiquer, il a fait exécuter un instrument particulier qu'il joint à sa lettre pour le soumettre à l'examen de l'Académie. Cet appareil peut également servir à pratiquer la ligature de divers polypes et spécialement de ceux des fosses nasales.

Fistule laryngienne. — Le docteur Velpeau lit une *observation de fistule laryngienne traitée avec succès au moyen d'une opération nouvelle*. — P. Collot, tanneur, âgé de 24 ans, voulant se suicider au mois de mars 1831, crut accomplir son dessein en se coupant la gorge avec un couteau. Tombé sans voix et baigné dans son sang, il

reçut bientôt après les soins d'un chirurgien qui mit fin à l'hémorrhagie, et tenta de réunir la plaie à l'aide de plusieurs points de suture. L'agglutination ne s'en effectua que vers les extrémités, et une ouverture susceptible d'admettre l'extrémité du doigt resta dans le centre de cette solution de continuité, qui n'avait pas d'abord moins de trois pouces d'étendue. Après trois mois de suppuration, les bords, qui s'étaient encore rétrécis d'un tiers, finirent par se cicatriser isolément; depuis lors ses dimensions ne varièrent plus. Entré à l'Hôtel-Dieu vers le milieu d'octobre 1831, Collot fut confié aux soins de M. le professeur Dupuytren qui, pour fermer la fistule dont il s'agit, en disséqua les bords dans l'étendue de trois à quatre lignes latéralement, les aviva parallèlement à l'axe du corps, les rapprocha et les maintint ensuite en contact, à l'aide de quatre points de suture entortillés; la réunion n'en fut pas obtenue. A la levée de l'appareil, on vit que les aiguilles, qui tombèrent toutes avec les linges, avaient coupé les tissus. Néanmoins, la plaie étant devenue rouge et celluleuse, on peut croire qu'en tenant la tête immobile et fortement fléchie sur la poitrine, on parviendrait à la cicatriser. Cette attente fut encore trompée, et Collot sortit de l'hôpital vers la fin de décembre 1831, dans le but d'aller demander d'autres avis. Il prétend qu'à la Charité on lui dit que sa fistule était incurable, et qu'il n'y avait rien à faire pour l'en débarrasser. Ce n'est qu'après s'être présenté aux diverses consultations publiques qu'il vint à la Pitié le 1.er février 1832. Sa plaie, calleuse et entourée d'une cicatrice dure et inextensible, permettait aisément l'introduction du petit doigt; elle occupait la ligne médiane, un peu plus à droite qu'à gauche, et avait son siège entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Le malade la tenait habituellement fermée avec un bouchon de charpie; la salive et les mucosités bronchiques, ainsi que les alimens et les boissons, s'en échappaient sans discontinuer, à moins que la tête ne fût abaissée. Dans cette position, il pouvait parler, quoique d'une voix rauque et saccadée; mais son menton n'avait pas plus tôt abandonné la poitrine qu'il cessait de pouvoir se faire entendre, et les sons arrivaient à peine formés jusques dans le larynx.

On ne pouvait douter que cette plaie ne communiquât tout à-la-fois avec le larynx et avec l'arrière-bouche : M. Velpeau en acquit la certitude, en portant l'indicateur de la main gauche par la bouche, jusqu'à l'entrée des voies respiratoires, pendant que, de la main droite, il introduisit un tube de gomme élastique par la fistule. Alors, en effet, il reconnut que l'épiglotte, relevée vers la base de la langue, un peu renversée à gauche, avait été détachée du cartilage thyroïde dans toute la moitié droite de sa racine, et qu'il était éga-

lement facile, en arrivant du dehors, d'entrer dans la glotte ou dans le gosier. Cet homme n'ayant point dit être entré à l'Hôtel-Dieu, M. Velpeau fut sur le point de le soumettre à l'opération qu'il avait déjà subie, lorsqu'un élève le reconnut et fit part des tentatives de M. Dupuytren; il fallut donc abandonner ce projet. « Il m'en coûtait cependant, dit l'auteur, de renoncer à guérir un malade si jeune et d'ailleurs résigné à supporter tous les essais imaginables. Je songeai aux diverses méthodes déjà connues ou qu'on peut emprunter à la génoplastique. La cautérisation, soit seule, soit unie à la position fléchie de la tête, n'eut été d'aucun avantage. Détacher les lèvres de la fistule transversalement du cartilage thyroïde, avant de les rafraîchir, et les réunir comme un bec de lièvre, me parut d'abord devoir suffire; mais en y réfléchissant un peu, il fut aisé de voir que la plaie nouvelle m'eût fait perdre dans un sens ce qu'on eût peut-être gagné dans l'autre. En décoler une seconde fois les bords, à la manière de M. Dupuytren, me sembla au moins inutile, par la raison que, de cette manière, la plaie fermée à son orifice cutané seulement, et par une couche de tissus fort minces, eût permis aux matières, soit muqueuses, soit de toute autre nature, de se glisser de dedans en dehors, entre les couches disséquées, au point d'en empêcher l'agglutination, et peut-être de donner lieu à des accidens graves. Si le bord inférieur n'en avait point été rendu immobile ou inextensible par son insertion sur un cartilage solide, j'aurais, à l'instar de Celse ou de M. Dieffenbach, pratiqué une incision en dehors, à six lignes de chaque côté, pour en opérer ensuite la suture. Un lambeau pris dans les environs, ramené, contourné sur sa racine et fixé par ses bords avec le contour avivé de la fistule, ne m'aurait offert que peu de chances de succès; sa souplesse, le peu d'épaisseur qu'il eut été possible de lui conserver, les difficultés de l'appliquer convenablement devaient en éloigner l'idée. »

« J'en étais là lorsqu'il me vint à l'esprit, non plus de coudre un opercule, un couvercle à cette ouverture, comme on le fait au nez, aux lèvres et à la face en général, mais bien de la remplir, de la fermer dans toute sa profondeur, avec un véritable bouchon de tissus vivans. L'opération fut ainsi pratiquée le 11 février 1832. Je taillai un lambeau large d'un pouce, long de vingt lignes, sur le devant du larynx; je le renversai de bas en haut, ne lui laissant qu'un pédicule large de quatre lignes; le roulai sur sa face cutanée qui devint centrale ou interne par ce moyen; j'en fis enfin un cône tronqué, ou plutôt une portion de cylindre que j'engageai perpendiculairement jusqu'au fond de la perforation, rafraîchie immédiatement auparavant; je traversai le tout avec deux longues aiguilles, et terminai par la suture entortillée. La réunion eut lieu d'une manière com-

plète, supérieurement. Un mois après, on ne voyait plus de trou ; la voix était rétablie, mais un suintement se faisait encore de temps en temps par un petite fuite oblique, qu'on pouvait soulever avec un stylet. »

« Bien que j'eusse à cœur de terminer une cure si heureusement commencée, je ne voulus rien tenter de nouveau pendant la durée du choléra. D'ailleurs Collot, qui se considérait comme à peu-près guéri, et qui, pendant l'épidémie, sut se rendre utile dans les salles, finit par être pris lui-même de la maladie. Le nitrate d'argent, les trochisques de minium étant restés sans effets avantageux, j'en vins à la cautérisation de la fuite avec un stylet chauffé à blanc, le 4 mai. Un double point de suture entortillée, qui comprenait, comme la première fois, l'ancienne fistule, en traversant la totalité du lambeau, fut appliqué. Un peu plus tard, des bandelettes de diachylum, de la charpie, quelques compresses et un tour de bande fixèrent le tout dans cet état. Les aiguilles tombèrent le quatrième jour, mais la réunion n'en parut pas moins opérée. Cette dernière opération eut lieu le 15 mai; la guérison était complète le 25, et maintenant, 18 juin, elle est parfaitement consolidée. La parole, la déglutition, la respiration, qui ont si longtemps souffert, s'effectuent aujourd'hui comme si elles n'avaient jamais été altérées, comme avant l'accident. »

M. Velpeau termine en disant que cette opération, dont M. Jameson, chirurgien à Baltimore, avait déjà fait avec succès l'application à la cure radicale d'une hernie crurale, pourra devenir une ressource précieuse dans une infinité de cas, particulièrement dans certains anus contre-nature, quelques fistules urétrales, et d'autres perforations anciennes.

VARIÉTÉS.

Des modifications qu'on se propose de faire au concours de clinique médicale.

Le résultat du dernier concours de clinique médicale n'a point répondu à l'attente du public. Il paraît que la Faculté n'en a pas été plus satisfaite, puisqu'il s'est formé dans son sein une majorité qui a décidé de demander au ministre des modifications au concours qui doit prochainement se faire pour une chaire semblable. Nous n'examinerons pas si, lorsque le concours est en quelque sorte ouvert par la vacance de la chaire, si, lorsque les concurrens se sont préparés à subir les conditions que leur impose le réglement, l'on est bien dans

le droit et s'il est convenable de changer ces conditions, nous accorderons volontiers qu'on peut modifier les épreuves pour les rendre plus probantes, pour en faire ressortir la véritable supériorité. Une commission nommée par la Faculté a, dit-on, fait un rapport dans lequel est proposée l'abolition des deux épreuves cliniques et de la thèse faite sur les généralités de la médecine-pratique. Toute la Faculté, assistée d'un certain nombre de membres de l'Académie, prononcerait d'après un rapport où seraient examinés et comparés les titres des candidats. Nous ne connaissons pas les raisons sur lesquelles s'appuie la commission pour conseiller un semblable mode de nomination, mais on voit qu'elle ne tend à rien moins qu'à abolir le concours, et à lui substituer une sorte de présentation avec quelques améliorations.

Si la Commission a pensé que les épreuves exigées pour les concours de clinique étaient insuffisantes, la conséquence naturelle était de les renforcer pour les rendre plus probantes. C'est le contraire qu'a conclu la Commission. Elle réduit le concours à l'une des épreuves dont il se composait : la considération des titres antérieurs. Car, que l'on ne se méprenne pas, cette épreuve existait; on l'entoure seulement de quelques garanties qu'elle n'avait pas et que l'on pouvait fort bien lui donner, sans pour cela annihiler les autres épreuves. Si, dans le dernier concours pour la chaire de médecine clinique, celui des coucurrens que la voix publique désignait de préférence au choix du jury, à cause de ses titres antérieurs, de ses ouvrages importans de médecine-pratique, de ses quatorze ou quinze ans de leçons cliniques suivies par plus d'élèves qu'on n'en voyait à celles de professeurs en nom; si M. Rostan n'a pas eu une seule voix dans un jury formé de médecins praticiens les plus distingués de la Faculté et de l'Académie, qu'est-ce qu'on en peut inférer contre le concours : les épreuves cliniques subies par ce candidat, étaient-elles de nature à détruire la valeur de tant de titres? On n'oserait pas le soutenir, quand on répand et on reconnaît que le concurrent nommé a fait deux grosses fautes de diagnostic. Tous les reproches ne peuvent donc s'adresser qu'aux juges, ou tout au moins à la manière dont a procédé le jury. — Nous pensons que la Faculté, si elle adopte la forme qui lui est proposée pour l'appréciation des antécédens de chaque candidat, aura beaucoup amélioré le concours; mais elle devra regarder à deux fois à abolir les autres épreuves qui ont une grande valeur et qu'il ne faut que bien diriger : autrement elle paraîtrait agir en faveur de quelques hommes qui redoutent le concours, et ce ne sont sûrement pas ses intentions. Nous reviendrons sur ce sujet, lorsque nous connaîtrons la décision prise par la Faculté.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine, ou Répertoire général des Sciences médicales, considérées sous le rapport théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Désormeaux, Dézeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé. *2.e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tome I.er* A.-AG. *Paris*, 1832. *Chez Béchet jeune.*

Le succès de la plupart des dictionnaires encyclopédiques de médecine publiés depuis une vingtaine d'années en France et dans les autres parties de l'Europe savante, nous dispense de traiter ici la question des avantages et des inconvéniens que présente cette sorte d'ouvrages. L'un d'eux surtout, le *Dictionnaire de médecine*, a obtenu une faveur justement méritée. Six mille exemplaires de cet ouvrage se sont écoulés avec une grande rapidité, et trois ans environ après la terminaison de cette vaste entreprise, une seconde édition devenait nécessaire. C'est le premier volume de cette seconde édition que nous avons sous les yeux.

Malgré son brillant succès, on pouvait signaler, dans le Dictionnaire de médecine, d'assez nombreuses imperfections qui tenaient, les unes à la nature même et à l'étendue de l'ouvrage, les autres à l'époque de son exécution. A ce moment, en effet, des systêmes exclusifs cherchaient à dominer la science, l'érudition était proscrite et on ne tenait aucun compte des faits observés et des découvertes faites ailleurs qu'en France. Le défaut capital de ce livre était de ne présenter que les opinions personnelles des auteurs. Appelés à faire une seconde édition de leur ouvrage, les auteurs ont reconnu les imperfections dont nous venons de signaler la principale, et se sont attachés à y remédier aussi complètement que possible. Le but qu'ils se sont proposés, dans cette nouvelle publication, a été, comme ils le disent, de donner à leur Dictionnaire un caractère d'universalité, et de présenter, non pas la médecine d'une époque ou d'une nation, mais bien la médecine telle qu'elle est constituée par les siècles et par les savans de tous les pays.

La lecture attentive du volume qui vient de paraître, nous a convaincu des immenses améliorations de cette seconde édition, et si comme tout nous porte à l'espérer, le reste de l'ouvrage répond à ce commencement, nous croyons pouvoir dire d'avance que les auteurs auront atteint le but qu'ils avaient en vue.

Comprenant qu'il fallait ne s'attacher qu'aux choses importantes et d'une utilité pratique, les auteurs ont modifié le plan de leur ouvrage. Ainsi, ils ont sacrifié toute la partie lexicographique ou purement de vocabulaire; ils ont retranché des développemens et des détails d'anatomie, de physiologie et des sciences naturelles qui n'avaient pas une application assez directe à l'art de guérir; mais en même temps ils ont remanié avec soin et même, pour la plupart du temps, refondu entièrement les articles qui ont rapport à la pathologie et à la thérapeutique. Enfin, ils ont donné des notices bibliographiques et historiques sur tous les sujets qui sont traités dans l'ouvrage. M. Dézeimeris, qui a fait de l'histoire philosophique de la médecine et de la littérature médicale une étude toute spéciale, est chargé de cette partie. La manière dont il s'est acquitté de cette tâche difficile dans le volume que nous avons sous les yeux, ne laisse pour ainsi dire rien à désirer. Il s'est attaché à présenter un choix raisonné des écrits qui ont été publiés sur chaque objet, et il a surtout insisté sur les travaux récens, français ou étrangers, qu'il est si intéressant de bien connaître. Cette partie de la bibliographie n'existe nulle part; c'est un travail entièrement neuf et dont chacun sentira facilement l'utilité. M. Dézeimeris ne s'est pas borné à l'indication des meilleurs ouvrages, il y a joint un apperçu de l'histoire des progrès et des vicissitudes que l'art a éprouvés. La manière dont on a travaillé en France depuis un demi-siècle, les graves inconvéniens que l'on commence à sentir, du mépris qu'on avait fait chez nous des travaux qui remontaient à une époque un peu éloignée ou qui avaient été publiés dans les pays étrangers, fait sentir la haute importance qu'on doit attacher à cette partie bibliographique. Nous ne pouvons pas nous arrêter à faire connaître l'esprit dans lequel elle a été conçue et le plan fort judicieux, suivant nous, d'après lequel elle est exécutée; mais ne fût-elle pas traitée avec toute la perfection que nous croyons son auteur capable de lui donner, l'addition de cette partie donnerait encore un immense avantage à l'ouvrage qui la renferme.

Pour mettre nos lecteurs à portée de juger par eux-mêmes des changemens et des améliorations qu'a subis la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine*, nous allons examiner rapidement les principaux articles qui composent le premier volume.

Les articles *Abcès en général*, *Abcès phlegmoneux* et *Abcès froids*

sont dus à MM. Roux et Bérard. Ce travail, nouveau surtout sous le rapport de l'ordre et de la méthode d'exposition, est un résumé complet, clair et concis de tout ce qu'il est nécessaire de savoir sur ces maladies si fréquentes. Nous signalerons à l'attention du lecteur le paragraphe où les auteurs traitent de l'anatomie pathologique des abcès. Ce point important avait jusqu'alors été trop négligé par les chirurgiens français.

Un article entièrement neuf est celui des *Abcès métastatiques*, de Dance, qu'une mort prématurée est venue enlever à la science pendant l'impression de ce volume. Dans un espace de quelques pages, l'auteur a su présenter avec l'ordre et la lucidité qui caractérisaient son esprit, non-seulement l'état actuel de nos connaissances sur ce genre d'abcès, sur lesquels l'un des premiers il avait appelé l'attention dans ces derniers temps, mais enrichir la science de faits entièrement nouveaux.

L'article *Abdomen* mérite d'être remarqué, car on y trouve une foule de choses qu'on chercherait vainement dans tous les dictionnaires publiés jusqu'à ce jour. Il ne se compose plus, comme dans la première édition, d'une simple description anatomique de cette cavité, il comprend aujourd'hui une série d'articles dus à plusieurs auteurs.

M. Bérard a complété et mis au niveau de la science l'anatomie de l'abdomen faite par Béclard dans la première édition. C'est lui qui a traité des vices de conformation de l'abdomen et de la position anormale des viscères de cette cavité. Le même auteur a présenté ensuite des considérations physiologiques sur le même sujet et sur les mouvemens généraux et partiels des muscles qui forment les parois abdominales; il l'a fait avec intérêt, mais avec plus de développemens peut-être que n'en comportait l'ouvrage dont cet article fait partie. Dance a considéré l'abdomen sous le rapport de la pathologie générale. Il a rassemblé, dans un article d'une médiocre étendue, tous les résultats séméiotiques fournis par l'examen et l'exploration de l'abdomen, exploration dont l'importance a été sentie dès les premiers temps de la médecine. Cet article est surtout remarquable par la justesse de jugement avec laquelle l'auteur apprécie la valeur des signes fournis par cet examen.

L'article *Plaies de l'abdomen*, par M. Marjolin, sera lu avec fruit comme tout ce que fait l'auteur. C'est M. Velpeau qui a traité des contusions de l'abdomen, des ruptures par causes internes des diverses parties constituantes de l'abdomen, des épanchemens dans cette cavité. Nous signalons ces articles comme renfermant toutes les notions positives que l'on possède sur la matière et plusieurs vues ingénieuses, les unes propres à l'auteur, les autres appartenant à divers chirur-

giens, n'avaient pas encore été présentées dans un résumé aussi lumineux. C'est encore M. Velpeau qui a examiné les fistules de l'abdomen, les corps étrangers dans cette cavité, les concrétions libres qui s'y forment, les tumeurs graisseuses de ses parois, etc., etc. Les hydropisies enkystées des parois abdominales, les phlegmons et abcès de l'abdomen, et entr'autres les abcès dans la fosse iliaque, qui ont fixé tout récemment l'attention des observateurs, ont été décrits par Dance et ces derniers, d'après des recherches qui lui sont propres. Nous ne terminerons pas cette revue sans mentionner un petit article de Dance sur les pulsations abdominales que l'on observe le plus ordinairement chez les personnes nerveuses et hypochondriaques, et dont les causes ne sont pas encore bien déterminées. Il est à remarquer qu'on ne trouve rien sur ce sujet dans les auteurs. Le seul traité spécial qui existe sur cette matière est une dissertation d'Albers, en allemand, publiée à Brême en 1803. Quelques cas de cette nature sont aussi indiqués dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper. Ainsi qu'on peut le remarquer, tous les sujets traités sous le mot *abdomen* n'ont pas de nom particulier; aussi manquent-ils dans tous les ouvrages de médecine ou de chirurgie publiés sous forme de dictionnaire. Du moins n'y trouve-t on que quelques généralités relatives à ces diverses matières; mais on y rechercherait vainement les détails que comportent tous les sujets spéciaux qui y sont compris. Or, comme ces détails sont ce qui importe le plus aux praticiens et ce qui peut faire d'un dictionnaire un ouvrage utile à chaque instant, nous ne saurions trop applaudir aux auteurs d'avoir senti que c'était par là qu'il importait de distinguer leur livre de ceux qui l'ont précédé.

Les articles *Absinthe*, *Aconit*, et plusieurs autres qui traitent de substances médicamenteuses intéressantes, ont subi de grandes modifications. On en a retranché des détails superflus d'histoire naturelle, et M. Soubeiran y a ajouté, outre l'indication des préparations pharmaceutiques les plus importantes à connaître, la détermination rigoureuse des principes actifs des médicamens et de leur proportion dans les différens composés pharmacologiques; ce qui jusqu'à présent avait été fait d'une manière fort incomplète et sans critique. Enfin M. Trousseau a examiné ces diverses substances sous le rapport de leurs propriétés thérapeutiques, de leurs doses et de leur mode d'administration. Ces articles nous semblent devoir être d'une grande utilité.

M. Adelon a traité la question de l'absorption avec le talent qu'on lui connaît. Cette question qui est annoncée comme ne devant être traitée que dans ses généralités, a peut-être été embarrassée de détails qui dans ce cas ne devaient pas y trouver place. C'est ainsi que l'auteur

passe en revue toutes les absorptions qui doivent être examinées ailleurs, qu'il aurait par conséquent suffi d'énumérer, et qui, faute des développemens qu'il ne peut donner, sont traités d'une manière incomplète. Ainsi pour nous borner à l'absorption cutanée, M. Adelon ne présente cette dernière que comme éventuelle, et croit qu'elle n'entre nullement dans le système de nutrition. Il dit en outre qu'elle ne peut s'opérer que quand la matière est déposée sous l'épiderme qu'il regarde comme un obstacle à son accomplissement. Nous regrettons que l'auteur ne nous ait pas mis à même de partager son opinion. Nous croyons que la peau est le siège d'une absorption et d'une exhalation constante. Nous fondons cette manière de voir sur les expériences de Currie, de Klapp, de Chapmann, de Rousseau, de Séguin, d'Abernethy, etc., et sur celles de M. Edwards, consignées dans son ouvrage sur l'*Influence des Agens physiques*, et enfin sur celles que M. Collard de Martigny a publiées dans le tome XI des *Archives*, et qui semblent ne laisser aucun doute à cet égard. Nous sommes étonnés que M. Adelon n'ait fait aucune mention de ces travaux puisqu'il établissait une discussion sur ce point. Le reste de l'article est consacré à l'examen des agens de l'absorption du mécanisme de cette fonction, de ses variétés et enfin des applications à la patholgie dont elle est susceptible.

M. Rochoux a refait entièrement l'article *Acclimatement*. On y trouve maintenant une connaissance approfondie des modifications que le changement de climat imprime à l'économie animale, et un exposé clair et rapide des avantages et des inconvéniens de ce changement dans le cours des maladies.

L'article *Accouchement* de Désormeaux a été revu et complété par M. P. Dubois. Plusieurs parties de cet article ont été placées dans un meilleur ordre; quelques autres sont neuves, telle est celle relative aux présentations de la face dont Désormeaux n'avait traité que d'une manière incomplète. On ne peut s'empêcher de remarquer qu'il était difficile de donner pour collaborateur à Désormeaux un homme qui se rapprochât le plus par la qualité de son esprit de celui dont il fallait revoir, compléter et perfectionner les travaux. On doit à M. P. Dubois un article qui n'existait pas sur l'hygiène des maisons d'accouchemens. M. Marc a considéré l'accouchement sous le rapport de la médecine légale. M. Dézeimeris a traité avec tout le soin et tous les développemens dont elle est susceptible, la question importante de l'accouchement prématuré artificiel. D'abord proposée en France par Puzos, cette opération a été pratiquée en Angleterre, puis accueillie en Hollande et en Italie, et enfin naturalisée en Allemagne. Mais en France tous les accoucheurs l'ont repoussée, et il faut le dire avant d'avoir examiné la question sous son véritable point de vue. L'auteur

conclut des faits qu'il rapporte et d'après les autorités imposantes qu'il cite, que cette opération n'a rien d'immoral, et que malgré les difficultés qu'il y a de déterminer les cas qui l'autorisent et la nécessitent, elle peut offrir assez souvent une ressource précieuse pour sauver la vie à la mère et à l'enfant. Il fallait une grande indépendance d'esprit pour aborder une question aussi délicate et se mettre au-dessus des préventions dont on l'avait environné.

M. Breschet a resserré beaucoup son article *Acéphalie*. Le retranchement de plusieurs détails, bons en eux-mêmes, mais déplacés dans un ouvrage de la nature de celui que nous analysons, a laissé dans cet article tout ce qu'il est important de connaître sur la matière et l'a rendu bien plus intéressant.

L'article *Acné* de M. Biett qui, dans la première édition, était un simple article de vocabulaire, est devenu une excellente monographie de cette affection si commune.

Nous reprocherons à M. Itard un peu d'obscurité dans l'exposition de son article, excellent d'ailleurs, sur les cornets et appareils acoustiques.

Sous le nom d'*Acrodynie*, Dance a tracé le tableau de l'affection épidémique qui a régné à Paris en 1828 et 1829, qui était caractérisée par des douleurs et des fourmillemens dans les extrémités, et qu'on a cherché à rapprocher de la colique végétale et de l'ergotisme convulsif.

L'article *Acupuncture* de Béclard a été entièrement refait par M. Guersent; il est complet et parfaitement au niveau de la science.

Nous sommes forcés de passer sous silence les excellens articles *Adhérences* de M. Breschet, *Adipeux (tissu)* de Béclard, complété par M. Bérard, *Affustions* de M. Guersent, *Ages* de M. Rullier et quelques autres. Nous dirons seulement à propos de ce dernier, que selon nous, il eût gagné à être resserré.

Ce que nous venons de dire suffira, ce nous semble, pour faire voir combien la seconde édition du dictionnaire de médecine diffère de la première. A en juger par ce premier volume, c'est moins une seconde édition qu'un ouvrage nouveau. Nous espérons que les auteurs ne s'arrêteront pas en si beau chemin, et que le reste de leur vaste et utile entreprise sera digne d'un aussi heureux commencement.

P. VAVASSEUR.

De la Médecine-opératoire; par R. B. SABATIER; *nouvelle édition faite sous les yeux de M. le Baron* DUPUYTREN, *par* L. J. SANSON *et* L. J. BÉGIN. *Paris*, 1832. 4 *vol. in-*8.° *Chez Béchet jeune.*

Le traité de médecine opératoire de Sabatier, bien qu'il soit un

chef-d'œuvre d'érudition et de style, aurait peut-être déjà subi le sort de tant de livres estimables qui sont presque oubliés ou que peu de personnes consultent. L'époque où nous vivons, si remarquable par les progrès des sciences naturelles et si riche de faits, n'est point une époque de lecture et de méditations. Aussi MM. Sanson et Bégin ont-ils bien mérité de la chirurgie en conservant à l'ouvrage de Sabatier sa popularité scientifique. L'édition qu'ils en publièrent, il y a dix ans, contenait des prolégomènes fort étendus sur les opérations en général, et sur celles qui forment le domaine de la petite chirurgie, plus les additions que réclamaient les perfectionnemens introduits dans la science depuis la mort de Sabatier. La faveur publique a couronné leurs efforts. En publiant cette nouvelle édition, ils sont restés fidèles à la tâche qu'ils s'étaient imposée. Ils ont suivi pas à pas les progrès de la chirurgie dont ils ont inventorié toutes les conquêtes.

Les prolégomènes contiennent peu d'additions, cependant on y lit quelques détails intéressans sur l'introduction de l'air dans les veines, accident des opérations fort grave et presque toujours mortel, sur l'usage des chlorures alcalins soit comme désinfectans soit comme topiques dans le pansement des plaies; sur l'électro-puncture et la galvano-puncture, et son utilité dans le traitement de quelques paralysies musculaires. Nous avons vu ce moyen réussir complètement sur un de nos amis et confrères, affecté d'une hémiplégie faciale qui avait résisté à l'emploi des antiphlogistiques et des révulsifs.

Dans le second volume, ils ont décrit les procédés récemment inventés pour guérir les tumeurs et les fistules lacrymales. Tels sont celui du docteur Harveng, qui cautérise les rétrécissemens du canal nasal par leur partie supérieure à l'aide d'une incision faite au sac lacrymal, et celui de M. Gensoul, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui fait pénétrer les caustiques dans ce canal par son extrémité inférieure.

On lit avec intérêt les considérations qu'ils ont présentées sur les kystes séreux ou hydatiques qui se développent quelquefois dans la cavité abdominale et surtout dans le tissu du foie. Dans ces derniers temps, M. Récamier a osé ouvrir ces tumeurs à l'aide de la potasse caustique, les vider, et provoquer l'adhésion de leurs parois. Sa hardiesse a quelquefois réussi, mais elle ne saurait être imitée. M. Bégin, qui en a signalé les dangers, est arrivé au même but par un moyen plus rationnel. Une fois déjà l'occasion s'est offerte à lui de l'employer, et il l'a fait avec un succès complet. L'histoire des rétrécissemens de l'urètre que l'on ne traitait en France, il y a quelques années que par la dilatation, s'est enrichie des travaux successifs de MM. Ducamp, Ségalas, Amussat, Lallemand, sur la cau-

térisation. La méthode de Ducamp, qui a servi de point de départ à tous les procédés connus depuis, et la sonde à cautériser du professeur Lallemand, ont été spécialement décrits dans cette nouvelle édition de la médecine opératoire. Un chapitre entier a été consacré aux fistules vésico-vaginales, et aux nombreux moyens que l'on a proposés pour guérir cette horrible infirmité. Quel sujet plus digne de l'attention des chirurgiens !

Le troisième volume contient plus d'une addition importante. On y trouve des détails sur l'opération de l'anévrysme par la méthode de Brasdor, qui, dans ces derniers temps, a été remise en honneur par Wardrop, et que M. le professeur Dupuytren a récemment employée dans un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière, mais nous regrettons que MM. Sanson et Bégin aient porté un jugement défavorable sur la méthode qui consiste à placer deux ligatures, à quelque distance l'une de l'autre, sur une artère que l'on veut oblitérer, et à couper le vaisseau dans leur intervalle. Ce moyen nous paraît, dans quelques circonstances, devoir prévenir la rupture prématurée des tuniques artérielles et les hémorrhagies qui en sont le résultat. Dans un cas de ligature de l'artère carotide pratiquée par M. Lisfranc, la malade succomba le neuvième jour à une hémorrhagie survenue après un léger effort de flexion du cou dans un sens opposé. Dans un autre cas, où la fémorale fut liée au pli de l'aine par M. Dupuytren, le vaisseau se rompit également au bout de quelques jours à la suite de légers mouvemens d'extension de la cuisse. Il est probable, ainsi que l'ont pensé les praticiens illustres que je viens de nommer, que la section de l'artère faite entre deux ligatures aurait évité de semblables revers.

M. J. Hatin a imaginé un instrument ingénieux pour opérer la ligature des polypes du pharynx et des fosses nasales ; MM. Jobert, Lembert, Denans, ont perfectionné le traitement des plaies du canal intestinal ; tous ces travaux sont exactement décrits dans l'ouvrage que nous analysons.

Les difficultés qu'offre l'extirpation de l'utérus et les dangers dont elle s'accompagne, s'opposeront sans doute à ce que cette opération puisse jamais se naturaliser dans la science. Cependant, on lira avec intérêt la description des procédés, à l'aide desquels chaque opérateur a cru pouvoir éluder les obstacles qui l'ont le plus vivement frappé, soit dans cette opération en général, soit dans les cas particuliers qui se sont présentés à lui.

Parmi les additions importantes que renferme le quatrième volume, nous signalerons celles qui sont relatives au traitement des calculs vésicaux et surtout à la taille bilatérale et à la lithotritie.

La taille bilatérale, quoique indiquée par MM. Ribes et Chaussier

en 1805, par le professeur Béclard en 1813, ne fait réellement partie du domaine de la chirurgie que depuis les travaux de M. Dupuytren qui en a perfectionné le manuel et qui, le premier, en 1825, l'a pratiqué sur l'homme vivant. Ses succès ont été jusqu'ici tels que de soixante-dix taillés, six seulement ont péri. On a remarqué surtout à l'Hôtel-Dieu une série de vingt-six individus opérés de suite avec bonheur. Cette méthode offre de trop grands avantages sur la taille latéralisée pour ne pas être adoptée exclusivement lorsqu'elle sera plus connue.

La lithotritie est une opération toute récente encore, et l'une de celles dont la découverte honore le plus la chirurgie française. Tel a été le zèle des praticiens pour la perfectionner, tel a été le nombre et la variété des instrumens que l'on a tour-à-tour inventés, que son histoire, bien qu'elle ne date que de huit ou dix ans, est aujourd'hui une des plus compliquées de la science. MM. Sanson et Bégin lui ont consacré un long chapitre; ils ont exposé avec autant d'ordre que de précision les divers procédés connus jusqu'à ce jour, et ils en ont apprécié avec beaucoup d'art les avantages et les inconvéniens. Il nous reste à dire deux mots sur ce qu'ils ont ajouté à l'histoire des amputations.

La torsion des artères a été conseillée récemment comme moyen hémostatique à la suite des grandes opérations. MM. Sanson et Bégin ont décrit les divers procédés qui ont été mis en usage par M. Amussat, et ne se sont prononcés qu'avec beaucoup de réserve sur l'emploi de ce moyen qu'on aurait, dans ces derniers temps, voulu substituer à la ligature. Divers modes d'amputations sont connus seulement depuis peu d'années; telles sont quelques grandes désarticulations exécutées par la méthode circulaire, et par celle à laquelle M. Scoutteten donne le nom de méthode ovalaire : telle est encore la désarticulation de la cuisse à un seul lambeau comme la pratique M. Delpech. Telle est l'extirpation isolée du premier os du métacarpe, opération ingénieuse pratiquée la première fois par M. le professeur Roux, et qui présente dans ses résultats l'avantage immense de conserver au pouce la plupart de ses fonctions. Nous avons vu un malade ainsi opéré par M. Blandin, et qui pouvait se servir de son pouce pour écrire.

La doctrine de Brasdor, relativement aux amputations dans les articles, tend aujourd'hui à reprendre faveur. M. Velpeau vient de préconiser la désarticulation du genou, et compte déjà plusieurs succès. Cette opération faite circulairement, comme il l'a conseillé, ainsi que le docteur Cornuan, présente pour résultat une plaie simple, peu étendue, et dont les lèvres peuvent facilement être affrontées sur les condyles du fémur.

Nos lecteurs pourront juger, par cet exposé rapide, de l'importance que s'est acquise, la nouvelle publication de l'ouvrage de Sabatier; le succès qui lui est sans doute réservé dédommagera les éditeurs de leur laborieuse persévérance. ALPH. ROBERT.

A Treatise on auscultation; *Traité sur l'auscultation, contenant un grand nombre d'observations et des planches gravées représentant les altérations pathologiques ; par* ROB. SPITTAL, *chirurgien interne de l'Infirmerie royale d'Edimbourg. Un vol. in-8.°, pp.* 280 *et* 14 *planches. Edimbourg*, 1830.

En 1829, la société médicale Harvéïenne d'Edimbourg avait mis au concours cette question : « Etablir les propriétés du stéthoscope pour servir au diagnostic, en se fondant sur des faits d'anatomie pathologique. » La société a décerné le prix à l'ouvrage que nous avons sous les yeux; et une lecture attentive nous a convaincus qu'il méritait cet honneur. Car, quoiqu'il ne s'y trouve guère de points de vue nouveaux, on voit que l'auteur a étudié avec attention le sujet de l'auscultation, et qu'il s'est rendu très-familier l'usage du stéthoscope.

L'ouvrage de M. Spittal est divisé en six chapitres précédés d'une introduction dans laquelle il trace l'histoire de l'auscultation et expose les avantages qui en résultent dans le diagnostic des maladies, surtout de celles des organes thoraciques.

Dans le premier chapitre il traite du stéthoscope et des modifications qu'on lui a fait subir depuis son invention, ainsi que des diverses manières de s'en servir. Le second chapitre est consacré à l'examen des signes physiques observés dans les poumons et dans les plèvres par l'auscultation; il passe en revue l'auscultation de la respiration, les différentes espèces de râles, l'auscultation de la voix, etc. Il recherche et expose avec soin les causes de ces divers phénomènes; il appuie les opinions qu'il admet sur ces points d'observations et d'expériences qui lui sont propres. C'est ainsi que, contrairement à l'opinion de MM. Williams, Gregory et quelques autres, il pense que le râle crépitant, excepté cependant dans le cas d'emphysème des poumons, doit être attribué à la rupture des innombrables bulles d'air très-petites qui se forment dans les cellules du poumon par le mélange de l'air avec le liquide séreux qui s'y rencontre. « En effet, dit M. Spittal, si l'on approche de son oreille un vase contenant un liquide d'une densité à-peu-près semblable à celle du sérum, un verre de bierre, par exemple, à la surface duquel soient très-nombreuses et très-petites, on entend un bruit très-semblable à celui du râle crépitant...... J'ai introduit dans des phioles de même

capacité des quantités presque égales de liquides de densité et de viscosité différentes; et comme mon but était d'apprécier les divers degrés de crépitation causés par la rupture des petites bulles d'air rassemblées à leur surface, je les agitai successivement et je les approchai aussitôt de mon oreille. Le degré de crépitation fut très-différent dans les divers liquides. » Ces expériences ont été faites, 1.° avec de l'éther mêlé avec partie égale d'eau, 2.° avec de l'alcohol, 3.° de l'eau, 4.° du mucilage de gomme arabique (*Pharmacopée d'Edimbourg*) mêlé à quatre fois son poids d'eau, 5.° le liquide d'un épanchement pleurétique, 7.° de l'urine, 6.° du mucilage mêlé à deux parties d'eau, 8.° du sérum de sang légèrement coloré en rouge, 9.° des mélanges de mucilage et d'eau dans des proportions variables, depuis trois partie du premier sur quatre de la seconde, jusqu'à du mucilage pur. Avec les trois premiers liquides la crépitation fut presque imperceptible; mais avec les 4.°, 5.°, 6.°, 7.° et 8.°, non-seulement elle fut très-sensible, mais encore absolument semblable à celle qui constitue le râle crépitant dans la pneumonie. Avec les mélanges de mucilage (9.°) elle diminua à mesure que la proportion d'eau décroissait; avec le mucilage pur, elle était nulle. L'auteur conclut de ces observations, 1.° que la rupture des petites bulles d'air à la surface de certains liquides, produit un bruit très-semblable au râle crépitant, et 2.° que les liquides avec lesquels ce phénomène est le plus marqué, sont les fluides séreux et ceux qui jouissent d'une densité et d'une viscosité à-peu-près semblables. Ce chapitre est terminé par un tableau synoptique des diverses régions de la poitrine avec l'indication des organes intérieurs qui correspondent à chacune d'elles, la description concise des sons produits par la percussion dans ces différens points et l'énumération des modifications qu'ils subissent dans les maladies. Un planche au trait sert à établir avec exactitude les lignes de démarcation entre les regions.

Dans son troisième chapitre, M. Spittal étudie les sons qui résultent des mouvemens du cœur dans l'état de santé. Ses observations montrent qu'il est au courant des recherches les plus récentes sur ce point important. Il combat l'opinion du docteur Corregan, et établit par plusieurs expériences ingénieuses que le défaut de synchronisme entre la pulsation des artères des extrémités avec celle du cœur ne prouve pas que cette dernière n'est pas produite par la contraction du ventricule, et qu'au contraire ce fait est en faveur de l'opinion que la pulsation du cœur indique le moment précis de la contraction du ventricule. M. Spittal croit en outre à la dilatation du cœur par sa propre élasticité, et il pense, en conséquence, que le second des sons produits par le mouvement du cœur dépend en grande partie de ce que le sang est attiré dans le ventricule; Laennec au contraire l'attribuait à la contraction des oreillettes.

Le 4.e chapitre comprend l'auscultation du cœur dans l'état de maladie ; le 5.e celle des artères dans l'état de santé et de maladie, et le 6.e, enfin est consacré à l'examen des diverses applications qu'on a faites de l'auscultation pour éclairer le diagnostic d'affections autres que les maladies de poitrine ; telles que la grossesse, les fractures, etc.

L'ouvrage est terminé par une série de quarante-quatre observations de diverses maladies des poumons, du cœur et des gros vaisseaux. D'excellentes planches faites d'après nature représentent les altérations organiques que l'examen du cadavre a fait reconnaître.

Tableau analytique de la Flore Parisienne, *par* Al. Bautier, *deuxième édition*, 1 vol. in-18, 1832, Béchet jeune.

On sait combien est facile pour les personnes qui commencent l'étude de la botanique, la méthode analytique de Lamarck. M. Al. Bautier l'a appliquée, avec de notables perfectionnemens à la Flore parisienne, flore très-riche en espèces et si fréquentée par les étudians, que la connaissance des plantes des environs de Paris sert généralement de type et de point de départ pour l'étude des autres plantes européennes. La facilité avec laquelle cette méthode conduit au nom de la plante que l'on rencontre n'est pas le seul avantage qu'on puisse en retirer. Par la solution d'une foule de questions placées en regard les unes des autres, on s'accoutume bien vite à déterminer exactement la valeur des mots techniques, ainsi que les objets qu'ils représentent, et conséquemment on prend une idée exacte de la connaissance des organes des plantes, et des différences essentielles des familles, genres et espèces. La première édition de cet ouvrage a été épuisée avec une rapidité qui prouve assez son mérite ; mais l'auteur, en publiant une seconde édition, a dû y faire quelques additions et des changemens importans. Dans la première édition, il s'était contenté d'y traiter des plantes *phanérogames*, *proprement dites*, parcequ'il adoptait la division des plantes en *phanérogames* et en *cryptogames*. Dans la nouvelle édition, il adopte une autre division, proposée par M. Decandolle, celle des végétaux *vasculaires* et *V. cellulaires*. Les végétaux vasculaires comprennent non-seulement ce qu'on nomme phanérogames, mais encore les fougères, les équisétacées, les marsiliacées, et autres petites familles que l'on comprenait autrefois parmi les cryptogames, mais qui, mieux étudiées aujourd'hui, forment une classe parmi les endogènes ou monocotylédonées.

Quant à l'exécution générale de l'ouvrage, nous pouvons affirmer qu'il a *été* fait consciencieusement et avec beaucoup de sagacité. L'auteur, profitant des conseils de plusieurs botanistes versés dans la connaissance des plantes parisiennes, a corrigé avec soin quelques erreurs qui s'étaient glissées dans la première édition, et il a complété autant que possible, le nombre des espèces indigènes aux environs de Paris. G.***

Nouveaux principes de chirurgie, ou élémens 1.° *de zoonomie, d'anatomie et de physiologie;* 2.° *d'hygiène,* 3.° *de pathologie;* 4.° *de pathologie générale;* 5.° *de pathologie externe ou chirurgicale;* 5.° *de thérapeutique, de matière médicale et d'opération de chirurgie; par* F. M. Legouas *(du Loiret.)* D.-M.-P. 5.° *édit., revue, corrigée et augmentée.* Paris, 1832, in.8.° xvi 620 p. Chez Méquignon-Marvis.

Nous nous bornons à constater le succès mérité de cet ouvrage utile, qui a remplacé depuis longtemps le livre presque célèbre de Lafaye. L'excellent esprit de l'auteur lui a dicté toutes les additions que commandait la marche de la science. Ces élémens peuvent être placés avec confiance dans les mains des éléves qui commencent l'étude de la médecine.

Histoire médicale du choléra-morbus de Paris et des moyens thérapeutiques et hygiéniques sur cette épidémie, appuyés sur des observations recueillies à Paris, en Pologne et en Angleterre, avec une planche coloriée, par F. Foy, D.-M.-P., etc. Paris, chez Gabon, rue de l'École-de-Médecine, N.° 10; 1832.

L'auteur, l'un des médecins qui sont allés en Pologne et qui a publié une relation de son voyage dont nous avons rendu compte dernièrement, a voulu comparer l'épidémie de Paris avec celle de Varsovie, et constater les différences qu'elles pouvaient offrir à un an d'intervalle et dans des circonstances locales tout autres. On trouve dans son travail fait à la hâte, peu de renseignemens bien positifs sur ce point, et les lecteurs s'en plaindront avec raison, car la position de M. le docteur Foy le mettait à même de l'éclaircir. Les faits isolés ne nous manquent pas: il importe bien moins de s'occuper des détails que de l'ensemble, et c'est seulement vers ce but que doivent tendre les efforts des médecins qui se proposent de publier le fruit de leurs réflexions.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUILLET 1832.

Mémoire sur une dysenterie épidémique qui a régné à l'hôpital militaire de Namur, pendant l'hiver 1831 à 1832; par le docteur FALLOT, *médecin principal à Namur, membre correspondant de la Société médicale d'Emulation, etc.* (*Mémoire présenté à la Société médicale d'Emulation, et publié par elle.*)

J'avais eu l'occasion de voir deux fois des épidémies de dysenterie : la première en Espagne, en 1810; elle était aussi soudaine dans ses attaques, que prompte dans sa propagation et fatale dans son issue; elle régnait en automne; on la jugeait contagieuse; elle se présentait dès son début avec tous les symptômes propres aux fièvres dites alors adynamiques; et, traitée en conséquence par le quinquina, le camphre, l'éther, et d'autres médicamens de même nature, elle exerçait les plus grands ravages.

J'en revis une seconde en Belgique, en 1815; elle s'étendait le long du littoral de la mer, attaquant un grand nombre d'individus à-la-fois, mais tout particulièrement les militaires; je ne recueillis aucun fait démonstratif de

sa propriété contagieuse; rebelle aux méthodes excitante, évacuante et astrictive, elle cédait promptement aux féculens unis à l'opium. Cette médication obtenait des succès tellement prompts et constans, que je la jugeais alors comme un véritable spécifique anti-dysentérique.

Seize ans se sont écoulés depuis, et je n'avais plus eu occasion d'en rencontrer; ce n'est pas que, de temps à autre, et surtout pendant les automnes, des entéro-colites aiguës plus ou moins graves ne se fussent présentées à mon observation, mais elles étaient sporadiques; des émissions sanguines locales faites à l'anus et sur le trajet du colon, tant par les sangsues que par les ventouses scarifiées, conjuraient le mal assez promptement, et prévenaient une issue fatale.

Dès le mois de septembre de l'année précédente (1831), mon attention avait été saisie par l'irritabilité extraordinaire du gros intestin. Depuis quatorze ans que je suis les principes de la médecine physiologique, jamais je n'avais vu, sans les juger, survenir autant de diarrhées dans les phlegmasies aiguës des organes respiratoires et digestifs; ailleurs, quand ces flux de ventre arrivaient, elles étaient accompagnées de la rémission ou de la cessation des symptômes principaux de la maladie; à présent ils ne faisaient qu'y ajouter, n'opéraient pas une révulsion critique, mais une extension du travail phlegmasique, une altération organique de plus que celles qui existaient, et, ajoutant au trouble morbide en raison composée de l'irritation colique et de l'étendue des pertes causées par la multitude des déjections et la précipitation des substances alimentaires, ils compliquaient la position du malade, et rendaient la médication plus difficile et plus incertaine. Dans la très-grande majorité des cas, cependant, l'abstinence de tout aliment, la persévérance dans l'usage

des boissons gommées, les lavemens féculens, et, après l'appaisement de la phlogose gastrique, l'administration de quelques gouttes de laudanum dans la décoction de salep, mettaient bientôt un terme à la maladie.

Il est à remarquer qu'à cette même époque, l'irritabilité de toute la muqueuse intestinale était telle, que les acides végétaux, généralement si avidement appelés, si facilement supportés, si utilement administrés dans les gastro-entérites aiguës, excitaient des nausées, des pesanteurs et la diarrhée. C'est une observation qui fut faite par tous les médecins de l'hôpital militaire.

C'est ainsi que les choses allèrent jusqu'au 19 octobre, qu'une première évacuation dans laquelle se trouvaient plusieurs dysentériques, nous arriva de l'hôpital de Louvain (1). Une seconde, expédiée de là le 3 novembre, succéda, qui en comprenait plusieurs autres. Voilà

(1) Nous avons rencontré, il est vrai, dans les derniers jours d'août, un choléra-morbus. J'en joins ici l'histoire en note.

Un volontaire, de trente ans, d'un constitution sèche, en traitement à l'hôpital pour un bubon ouvert, et n'ayant pas pris de mercure, fut saisi dans la nuit du 28 au 29 août, tout d'un coup et sans autre avertissement que de l'inappétence et de la tension dans le ventre, d'un trousse-galant des plus graves. Les déjections alvines et les vomissemens sont incessans. A la visite du 29, face tirée et retombée, yeux caves et cernés, facultés intellectuelles lentes et embarrassées, paroles traînantes et indistinctes, peau froide, crispée, peau filiforme, brisement de forces tel que le malade ne peut se redresser; langue pâle, muqueuse; soif insatiable, ventre plat, indolore. Les vomissemens étaient d'abord porracés, d'une amertume pénétrante. A la visite, ils ont l'aspect et la couleur d'une eau de riz saturée. (Un gros de teinture d'opium dans quatre onces d'eau sucrée, à prendre une cuillerée de quart-d'heure en quart-d'heure; des sinapismes volons.) Peu-à-peu les déjections s'arrêtent, la peau s'échauffe, la face se colore, une grande pesanteur avec sentiment de suffocation se manifeste à la région précordiale. (Suppression de la potion opiacée, décoction de salep sucrée.) Le soir, éruption de plusieurs milliers de boutons rouges, accompagnée d'un insuppor-

le fait. Je ne décide pas si, entre lui et celui de l'apparition de la dysenterie à l'hôpital, chez des malades qui n'en avaient jamais offert aucun symptôme, il existe des relations de filiation, du causalité, ou si c'est une simple coïncidence, je narre et ne conclus pas; le lecteur se chargera des rapprochemens.

Les malades arrivans furent placés dans plusieurs salles; ils avaient beaucoup souffert en route. Les journées pendant lesquelles on les avait transférés avaient été froides et humides; le trajet était de neuf lieues du pays: ils n'étaient arrivés chez nous qu'à dix heures du soir.

Le lendemain l'entéro-colite fut signalée chez plusieurs d'entr'eux, tantôt simple, tantôt compliquée de pneumonite et de péritonite.

Et, à cet égard, un mot sur la manière dont les histoires de maladies sont faites dans mon hôpital. — Jour par jour je dicte à haute voix des notes au lit des malades mêmes; elles sont recueillies par tous ceux qui se trouvant à la visite veulent s'en donner la peine. Je porte ensuite mon diagnostic, tel que je le conçois; il est de même inscrit en marge: arrive-t-il quelque nouveau symptôme, il est consigné et interprété. Après la mort de l'individu qui a fait le sujet de l'histoire, ces notes sont relues avant l'ouverture du cadavre; les jugemens portés pendant la vie sur la nature du processus morbide, sont rappelés. Ensuite on passe à l'autopsie, et c'est elle qui confirme, casse, modifie le jugement, et prononce l'arrêt définitif.

---

table prurit sur toute l'étendue du corps. Le lendemain, désir de manger. Le 1.er septembre, il n'y paraissait plus.

Le 5 septembre, après quelques écarts de régime, réapparition de la diarrhée, mais cette fois avec ténesme et sans vomissement, douleurs coliques. (20 sangsues sur le ventre et à l'anus, lavemens amidonnés, cataplasmes émolliens.) Le 6, tous les symptômes ont cédé. La convalescence a été longue, mais ne s'est plus démentie.

Bornée d'abord aux seuls malades évacués de l'hôpital de Louvain, elle gagna bientôt plusieurs de ceux qui se trouvaient en traitement chez nous. Chaque jour ajoutait de nouveaux dysentériques à ceux que nous avions visités la veille. Le 5 novembre, j'en comptais 48 dans mon service; le 9, 53, quoiqu'il en fût mort deux pendant la nuit; le 12, 62; le 16, 70; le 17, 72; le 19, 79.

Ce n'était pas par des arrivés de la caserne que le nombre grossissait, mais par l'extension de la maladie aux autres malades, et par des rechutes chez ceux qui déjà l'avaient éprouvée.

Jusqu'au 25 novembre, l'épidémie alla toujours en augmentant d'intensité, alors elle commença à perdre de sa violence, et devint moins rebelle à l'action des modificateurs.

C'est de cette épidémie de dysenterie renfermée dans l'enceinte de l'hôpital et n'en franchissant pas les limites (1), que je vais essayer de tracer l'histoire. Elle ne sera pas sans intérêt, peut-être.

Je ne me flatte pas de rien dire de nouveau; mais on peut être sûr que, lorsqu'il s'agira de faits, je ne dirai rien que de vrai, rien qui ne résulte des notes prises au lit même des malades, et dans les discussions auxquelles je me suis livré, rien que de conforme à ma conviction.

Mais avant d'y procéder, jetons un rapide coup-d'œil sur la constitution atmosphérique de l'année.

L'hiver avait été doux, mais humide; le printemps fut froid, pluvieux; l'été et l'automne superbes et tels qu'on les voit rarement dans nos latitudes. La chaleur constante

(1) Je ne sache pas qu'aucun de mes confrères de l'ordre civil en ait eu à traiter en ville; s'il s'en est trouvé, c'est sporadiquement et avec des formes très-douces.

et modérée, les orages rares, les pluies peu abondantes, douces, rafraîchissantes. Il est aussi quelques circonstances au milieu desquelles nos soldats se sont long-temps trouvés, et qui méritent une attention spéciale.

Depuis la révolution d'octobre, ils ont toujours été tenus sur le qui-vive; placés aux avant-postes, cantonnés dans des hameaux et des chaumières, ou bivouaqués dans les polders de la Flandre, le long du littoral de l'Escaut ou dans les marais de la Campine. L'aggression imprAoviste et vive de l'ennemi, au mois d'août, la retraite un peu précipitée qui en avait été la conséquence sur plusieurs points, avaient produit sur leur moral une fâcheuse impression et semé un grand découragement. Recomposée à la hâte, immédiatement après la fin de la courte campagne, notre armée fut réunie dans un camp au mois de septembre, et soumise à une sévère discipline, et à l'accomplissement de tous les actes qui pussent former son éducation et hâter son instruction militaire. Ce camp ne fut levé que fort avant dans le mois d'octobre, lorsque déjà plusieurs mauvais jours avaient annoncé l'approche de l'hiver.

Avant de passer maintenant à l'exposition de l'histoire générale de la maladie, citons quelques observations particulières; elles ont toutes été prises jour par jour au lit des malades mêmes. Si je les ai en général privés de leur forme de journal, c'est parce que celles-ci obligeant à reproduire chaque jour les mêmes symptômes, la lecture en est presque toujours fatigante. Les bornes que je dois me prescrire dans ce travail m'ont forcé à n'en produire qu'un petit nombre. Je les ai choisies parmi celles qui m'ont paru les plus propres à mettre en saillie les principaux caractères de l'épidémie; j'ai commencé par les plus aiguës et les plus simples. Cette manière de procéder m'a semblé la plus rationnelle comme aussi la plus facile pour le lecteur.

Obs. I.[re] — *Colite aiguë traitée et guérie par les sangsues.* — Rossau, de Bruxelles, long, mince, d'une pâleur excessive qu'il dit lui être naturelle, cheveux châtains, yeux noirs, peau blanche et transparente, poitrine plate, était sorti de notre hôpital le 1.[er] novembre, après y avoir séjourné un mois pour fièvre tierce. Il y rentra le 18, 4.[e] jour de la maladie : abattement moral, tranchées, sensibilité et rénitence de l'S iliaque du colon, selles sanglantes, avec ténesmes, langue pâle, peau chaude, pouls animé, fréquent. (20 sangsues, 16 à l'endroit douloureux, 4 à l'anus.

Le 19, quoique le malade ait peu dormi, la nuit a été tranquille ; une seule selle facile et stercorale. A la visite, apyrexie, langue nette, pouls égal, ventre mou, insensible. (Diète absolue, eau d'orge édulcorée.)

Le 22, flux de ventre complètement arrêté ; le sommeil est tranquille, la peau souple, le pouls régulier et l'appétit vif; le teint seul reste mauvais. (Diète, bouillie.)

Le 14, la face s'épanouit et perd de sa pâleur, l'appétit est vif, les déjections faciles, le sommeil paisible, les évacuations régulières....... Il est sorti guéri le 1.[er] décembre.

Voilà la colite dans la forme la plus simple où nous l'avons observée; une seule application de sangsues faite à l'endroit douloureux a suffi pour la calmer. L'abattement moral observé chez le malade était motivé par la crainte de subir le sort de tant d'autres atteints du flux de ventre à l'hôpital; car quoique la mortalité fût grande en effet, la rumeur publique l'exagérait considérablement.

Obs. II.[e] — *Entéro-colite aiguë guérie par les sangsues.* — Vendenbosch, lancier, servant depuis sept mois, petit, mais bien proportionné et médiocrement musclé, était en traitement à l'hôpital depuis quelques jours,

pour perte d'appétit et courbature, quand survint dans la nuit du 12 au 13 novembre, un flux de ventre sanglant avec ténesme et prostration. A quatre heures de l'après-midi, le 13, nous le trouvons dans l'état suivant : face colorée, yeux injectés, peau brûlante, langue rouge et sèche, soif vive, pouls dur, vibrant, à 90; région iliaque gauche rénitente, douloureuse; épreintes continuelles avec déjections pelliculeuses nageant dans un liquide couleur de lavures de boyaux. (30 sangsues à l'endroit douloureux; eau de gomme édulcorée et acidulée.)

Le 14, pendant la nuit, sueurs générales abondantes, selles non sanglantes. A la visite : face bonne, apyrexie complète, ventre souple, insensible; langue rouge au limbe, pointillée sur le corps, soif calmée, pouls moins fréquent. (Diète, continuation de boissons.)

Le 15, selles naturelles, sommeil tranquille, face bonne, pouls développé, appétit. Sorti guéri le 26 novembre.

Ici la portion supérieure du canal alimentaire a été évidemment affectée; c'est dans sa modification morbide qu'il faut chercher la cause de l'inappétence qui précéda de plusieurs jours l'explosion de la colite. Les phénomènes sympathiques organiques ont été plus prononcés que dans le cas précédent; les sécrétions morbides ont été plus viciées, mais le centre circulatoire a conservé toute son énergie; le sang était lancé avec vigueur dans la surface tégumentaire, et dès qu'une application de sangsues a fait taire l'inflammation du gros intestin et la contraction spasmodique des capillaires cutanés, qui en était en effet sympathique, des sueurs abondantes sont survenues, et le rétablissement d'un émonctoire naturel a détourné le travail morbide de sa direction.

Obs. IIIe — *Entéro-colite aiguë, guérie par les sangsues.* — Lebas, âgé de vingt ans, wallon, taille moyenne,

squelette régulier, cheveux blonds, yeux gris, convalescent depuis plusieurs jours d'une tuméfaction avec saignement des gencives, fut atteint d'un flux de ventre sanglant et envoyé dans ma division le 7 novembre.

Le 7 au soir, face grippée, peau terreuse avec incrustation d'ocre, céphalalgie sus-orbitaire, langue rouge au limbe, muqueuse sur le corps; peau chaude, pouls fréquent, soif vive, envies continuelles d'aller, déjections sanglantes avec dépôt argilleux. (20 sangsues le long du colon et à l'anus; cataplasmes émolliens.)

Le 8, rémission des symptômes pendant la nuit; le malade n'a eu que huit selles sans ténesme, mais toujours précédées de coliques. A la visite: découragement, peau toujours terne, respiration égale, soif calmée, pouls sans fréquence, égal, développé; langue plate, molle, muqueuse au centre; tranchées à l'approche des selles, douleurs hypogastriques, ténesme. (18 sangsues sur l'S du colon, 4 à l'anus; décoction de riz.)

Le 9, amélioration marquée; les selles sont moins fréquentes, plus abondantes et plus consistantes; urines copieuses; la langue est humide, le pouls souple, sans fréquence.

Le 10, cinq selles liquides, mais sans mélange de sang dans les vingt-quatre heures; le malade s'assied et conserve sans effort cette attitude; la peau est souple, le pouls égal et lent, la soif calmée, la langue nette, mais pas encore d'appétit. (Eau de riz.)

Le 11, les selles s'épaississent et deviennent plus rares; le sommeil est paisible, la peau et le pouls naturels; l'appétit revient après être resté long-temps languissant.

Sorti guéri le 21 novembre.

Ici l'inflammation colique a été plus opiniâtre, une seule émission sanguine n'a pas suffi pour la calmer. Ce-

pendant la maladie était récente, attaquait un sujet qui n'en avait pas éprouvé d'autres. On remarque ici cette décoloration particulière du teint, cette pâleur jaune avec mélange d'un rouge ocré. La violence du travail phlegmasique avait mis en jeu des irritations sympathiques tant de relation que de nutrition, mais qui disparurent avec l'inflammation qui leur avait donné naissance.

Obs. IV.[e] — *Colite aigue enlevée par une application répétée de sangsues.* — Marmart, flamand, blond, long, mince, squelette régulier, arriva de Louvain dans ma division le 21 octobre; convalescent d'une fièvre tierce. Son teint est jaune et son amaigrissement très-sensible; soumis à un régime proportionné à son état, il recouvre progressivement ses forces et ses couleurs, et quitte l'hôpital, guéri le 5 novembre. Reçu à l'établissement des convalescens formé à la caserne, il obéit aux sollicitations de son estomac et mange et boit immodérément. Dans la soirée du 8 novembre, il est reporté à l'hôpital dans l'état suivant : face altérée; traits affaissés; douleurs ventrales atroces; épreintes continuelles avec déjections de quelques gouttes de sang et de glaires; ventre ballonné, très-douloureux; pouls serré, vif; peau chaude et sèche; par intervalles envies de vomir et quelques crampes dans les mollets. (Vingt sangsues, seize sur le trajet du colon, quatre à l'anus; bain de corps; tisane gommée, administrée par cuillerées à café.)

Les coliques s'appaisent, les épreintes sont moins fréquentes, la prostration moins profonde; le liquide administré pour boisson a été conservé. (Seize sangsues; bain de corps; cataplasme émollient; continuation de boissons.)

Vers le soir, retour des douleurs hypogastriques; langue jaune, pointue, sèche; pouls à 80; le malade se sent prostré; la température est basse. (Vingt sangsues

à l'hypogastre, deux lavemens à la graine de lin).

Le 10, selles peu nombreuses, semblable à de l'eau de riz épaissie; la peau est réchauffée; le pouls descendu à 70 a repris de la force et de la rondeur; le malade a goûté quelques instans de sommeil; il est moins découragé; la pression sur le ventre n'y excite plus de douleur; l'eau de gomme acidulée, qui avait été appétée jusqu'alors, répugne maintenant, et des boissons chaudes sont désirées. (Deux lavemens de graine de lin; décoction de salep avec un demi-gros de teinture d'opium.) Depuis ce jour, les symptômes d'inflammation abdominale allèrent toujours en diminuant; les déjections se régularisèrent, et le malade fut évacué le 20 novembre aux convalescens; il sortit guéri le 6 décembre.

Déjà le tableau se complique : le sujet de cette observation avait été en proie pendant long-temps à une fièvre intermittente, ce qui, en langue physiologique, signifie une congestion viscérale non-continue; en sortant de l'hôpital, il mange immodérément et stimule avec excès les organes digestifs; il s'expose au froid, et la sédation produite par cet agent sur la surface tégumentaire, en suspend les fonctions dépuratives et sollicite les organes internes à y suppléer; aussi voit-on tout le tube digestif s'en ressentir, l'estomac se révolter, le gros intestin se contracter convulsivement : transmise à la moelle épinière, cette modification sollicite des crampes dans les plans musculeux postérieurs des jambes. Cependant la somme de vitalité est encore assez grande pour que la réaction s'opère; la peau s'échauffe; le cœur se contracte avec fréquence et avec énergie; des efforts sont faits pour exciter des sécrétions dont l'établissement puisse contre-balancer celle dont le gros intestin est le siége. Pour que cet heureux résultat s'obtienne, il faut qu'au préalable l'inflammation colique soit vaincue, et c'est à quoi l'on parvient

par les sangsues, les bains, les cataplasmes; le repos et la diète.

Obs. V.[e] — *Entéro-colite récidive guérie par les émissions sanguines et l'opium.* — Bélinse, lancier, taille moyenne, squelette bien conformé, cheveux châtains, yeux bleus, revenait de l'hôpital d'Anvers, où, à son retour de la captivité, il était entré pour fièvre intermittente quotidienne.

Quant à son arrivée ici, ayant été trouvé trop faible pour faire son service, il nous fut envoyé : son teint alors est pâle; les paupières tuméfiées; son moral découragé; il n'a plus de fièvre; mais ses forces lui semblent défaillir plutôt que d'augmenter; nous en trouvons la cause dans un flux de ventre avec ténesmes et sanglant qu'il a gagné en route, et dont il est encore actuellement attaqué; mais qui cède à un traitement gommeux et opiacé continué pendant trois jours.

Le 20, il est évacué aux convalescens, mais les selles étant redevenues liquides, il est renvoyé dans ma division; quelques cataplasmes et le salep édulcoré arrêtent le flux, et le malade est remis à la demi-portion. La peau reste toujours pâle; la figure triste, les paupières infiltrées.

Dans la nuit du 5 au 6 décembre : déjections tormineuses, sanglantes, petites, fréquentes, rapprochées.

A la visite du 6, moral très-affecté; tranchées aiguës; région hypogastrique soulevée, dure, sensible; peau chaude; pouls vif; soif ardente; ténesme. (Vingt sangsues à la région hypogastrique; décoction de salep édulcorée et opiacée.

Au soir, disparution de la douleur; diminution du nombre des selles et de la soif; chute de la réaction vasculaire. Le 7 pendant la nuit, retour des tranchées fixées à présent à la fosse iliaque gauche qui est soulevée et très-rénitente, ce qui donne au ventre une forme bos-

selée : au milieu des épreintes les plus fatiguantes ; expression d'un peu de sang mêlé de pellicules ; cependant le moral est beaucoup meilleur ; la langue est humide ; le pouls égal et régulier ; la peau ouverte et souple ; les irritations sympathiques paraissent calmées. (Quinze sangsues sur l'S iliaque du colon ; salep édulcoré avec trente gouttes de laudanum ; cataplasme.

Le 8, après l'application des sangsues, disparution immédiate des douleurs, mais continuation des épreintes et des déjections de petites pellicules nageant dans un liquide rougeâtre ; soif nulle ; pouls développé, égal ; peau souple.

Le 9, nuit tranquille ; déjections mêlées d'excrémens et de sang, accompagnées de ténesme ; la face est bonne ; la langue molle et nette ; la soif nulle ; le pouls égal et régulier. (Un petit lavement avec six gouttes de laudanum ; décoction de salep avec un demi gros de laudanum.)

Le 10, appaisement complet du ténesme ; selles stercorales, moulées, très-abondantes ; appétit prononcé. (Deux bouillies ; salep édulcoré.)

Le 11, selles stercorales, indolores ; peau moite ; urines abondantes ; ventre souple, insensible ; pouls régulier. (Continuation du régime.)

Le 18, la bouffissure de la face est dissipée ; la peau est souple ; la face se colore ; les traits s'épanouissent ; évacué aux convalescens.

Sorti guéri le 26 décembre. Dans cette circonstance encore les sangsues nous ont rendu service ; mais seules elles n'auraient pu suffire pour obtenir la guérison ; il a fallu l'intervention de l'opium non-seulement par la bouche, mais aussi par lavemens ; la raison en est que la phlogose à laquelle nous avons eu à faire, quoique aiguë quand nous l'avons prise au traitement existait, depuis un

certain temps, déjà sous forme chronique. La liquidité des selles, la décoloration de la face, l'œdème des paupières, l'amaigrissement, la chute des forces en étaient autant d'accidens.

Nous attribuons une grande part dans la guérison à la sévère diète à laquelle le malade a été soumis après la cessation du flux de ventre, et dont nous ne nous sommes relâchés que lorsque la bouffissure de la face a disparu et que la couleur de la peau est devenue plus naturelle.

Obs. VI. — *Entéro-colite aiguë compliquée de péritonite devenue mortelle au bout de 25 jours.* — Mulders, flamand, taille élancée, mince, poitrine étroite, peau blanche et transparente, constitution molle et chétive, était en traitement à l'hôpital, pour un ulcère scrofuleux à la jambe, lorsqu'il fut atteint le 4 novembre, (toutes les salles de l'hôpital étant remplies, on fut forcé d'admettre dans la division des blessés beaucoup de malades arrivés par évacuation de Louvain, le 3 novembre), d'une entéro-colite, dont l'invasion fut accompagnée d'une profonde prostration, abaissement de température, rareté des urines, inertie de la circulation et des selles extrêmement nombreuses et rapprochées.

Après un séjour d'une heure dans un bain chaud, la réaction s'étant rétablie, on applique 25 sangsues sur l'hypogastre et on administre un grain d'extrait d'opium gommeux; les déjections n'ayant pas diminué de nombre et les tranchées étant aussi violentes, on revint le lendemain aux émissions sanguines faites à l'hypogastre et à l'anus, et on continua l'emploi de l'opium, des ventouses scarifiées, des bains de corps; la diète absolue et les mucilagineux joints aux opiacés appaisèrent les douleurs et diminuèrent le nombre des selles, au point que dans la nuit du 10 au 11 il n'en rendit plus que quatre, liées, sans mélange de sang, et qu'il goûta un instant de sommeil.

Dans la nuit du 12 au 13, retour des douleurs, du flux et du tenesme; le ventre est extrêmement sensible à la pression, les urines sont de nouveau supprimées; les selles semblables à de la raclure de boyaux nageant dans de la bierre. (Ventouses scarifiées; deux grains d'extrait d'opium dans six onces de véhicule.)

La diarrhée et la douleur continuant et le pouls s'enfonçant tous les jours davantage, on fit prendre des bains chauds, on posa deux vésicatoires aux mollets, et le 18 un large vésicatoire sur le ventre.

Le 20, la peau était anémique et froide; le vésicatoire n'a presque pas rougi la peau; la langue est pointue, pâle, sèche et raide; l'haleine est glacée; vomissement de tout ce qui est ingéré: vive appétence pour les boissons chaudes ou spiritueuses; pouls imperceptible, ventre rétracté, raison intacte; quelques cuillerées de vin sucré, qui d'abord plaisent au malade, mais provoquent bientôt la plus cruelle cardialgie; le ventre est excessivement douloureux et rétracté; des matières vertes, noires, fétides, coulent incessamment de l'anus; l'introduction de la canule, essayée pour passer des lavemens opiacés, excite de vives douleurs; c'est dans cet état qu'il reste depuis le 22 jusqu'au 27.

Dans les dernières 36 heures, des douleurs atroces qu'aucune embrocation ni fomentation ne peut calmer, occupent le ventre; le malade bondit dans son lit, au milieu des plus affreuses convulsions et des distorsions des membres les plus effrayantes, et ne cesse de vivre que le 27.

Autopsie 24 heures après la mort. — Habitude extérieure. — Marasme très-avancé.

Appareil digestif. — L'estomac présente des traces évidentes de phlogose; dans son grand cul-de-sac est une grande plaque oblongue, d'un vert foncé; sa membrane

muqueuse, recouverte par un mucus verdâtre et filant, est ramollie dans une grande étendue; le duodénum est teint en jaune safrané, et l'on remarque d'espace en espace des taches de la largeur d'une pièce de cent sols, d'une couleur brun foncé, au-dessus desquelles la muqueuse s'enlève facilement en râclant avec le dos du scalpel.

L'intestin grêle est phlogosé dans presque toute son étendue; sa rougeur est très-foncée dans certains endroits et plus claire dans d'autres.

Le gros intestin, entièrement désorganisé et ramolli dans toute son épaisseur à un tel point que par la seule traction avec les doigts et sans l'intervention de l'instrument tranchant, on le divise en autant de morceaux qu'on veut, ne présente qu'une longue traînée d'ulcères; il est tout recouvert d'une substance qui exhale une odeur pénétrante de putréfaction semblable à celle de stockfich pourri.

La rate, quoiqu'augmentée deux fois de volume, n'a cependant pas perdu de sa force de cohésion; sa tunique séreuse offre des traces évidentes d'inflammation ancienne.

Le foie est très-friable; sa vésicule est remplie d'une matière noire, poisseuse; les circouvolutions intestinales sont unies ensemble par de fausses membranes denses, résistantes et évidemment d'ancienne formation; le petit bassin contient un peu de liquide couleur de chocolat; le péritoine n'offre aucune résistance.

Voici une entéro-colite nouvelle; car si nous nous en rapportons à la déclaration du malade, jamais avant l'invasion de la présente maladie il n'avait eu de cours de ventre; cependant les émissions sanguines ont été impuissantes pour en arrêter les progrès : soutenue par les mucilagineux, les opiacés, les bains de corps, cette médication en modère bien pour quelques jours la violence, mais bientôt elle envahit toute l'épaisseur de l'intestin et

gagne le péritoine. On sait que le propre du processus phlogistique est de ramollir les tissus où il opère; ce ramollissement se trouve partout et toujours après l'inflammation, mais ici, il a été porté à un degré extrême tel qu'aucun autre cadavre n'en a offert d'exemple. Est-ce à sa violence seule qu'il faut l'attribuer, ou la constitution molle et lâche de l'individu y a-t-elle contribué? L'inflammation gastro-entéritique rivalisait de force avec la colique; les taches vertes et brunes observées dans l'estomac et le duodénum étaient de véritables ecchymoses. C'est la seule maladie où l'agonie ait été si douloureuse et agitée de convulsions; ceux dont la portion inférieure du tube digestif a été seule trouvée malade n'ont dans aucun cas présenté ces symptômes. Il est permis d'en conclure que la modification morbide des centres nerveux supérieurs dépendait de la gastro-duodénite. Nous avons trouvé une série d'ulcères dans les gros intestins. Cette espèce de désorganisation n'a été remarquée en général par les anatomo-pathologistes que dans les cas chroniques. Cependant, d'après Frank, ils s'observent, quoique rarement, dans la dysenterie aiguë. Il faut faire attention, d'ailleurs, qu'ici l'inflammation avait sévi pendant 25 jours avec une intensité variable.

Obs. VII. — *Gastro-entéro-colite aiguë compliquée de pneumonite.* — *Mort.* — Beklots, flamand, âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, squelette régulier, n'ayant jamais été malade, était depuis trois semaines en proie à une fièvre quarte, avec tuméfaction de la rate, gagnée dans les polders, lorsqu'il fut évacué sur nous de Louvain, le 21 octobre. La diète, des boissons adoucissantes suffirent pour prévenir les accès du 23 et du 26.

Le 27. Langue rouge, sèche, recroquevillée, peau chaude, pouls fréquent, abattement moral extraordinaire. La face, qui était jaune déjà à l'entrée,

est actuellement bistre, déjections alvines comme des chairs lavées avec lambeaux membraneux et dépôt argilleux, très-multipliées, avec ténesme; la région colique est soulevée et douloureuse, et la fosse iliaque gauche remplie en haut par une tumeur large et arrondie qui se termine inférieurement par une espèce de saucisson. (16 sangsues aux régions épigastro-coliques; cataplasmes émolliens, eau d'orge édulcorée). les douleurs ventrales s'appaisent par l'application des sangsues; le moral du malade s'améliore, mais les déjections alvines ne changent ni de quantité, ni de nature. L'acétate de morphine est employé à la dose d'un quart de grain, matin et soir; mais il s'ensuit des envies de vomir qui ne permettent pas d'en continuer l'usage et nous forcent d'en revenir aux boissons adoucissantes. A ces différens symptômes se mêlèrent bientôt ceux d'une véritable phlogose pulmonaire : tussitation, respiration dyspnéique, crépitation dans le poumon droit; crachats visqueux et sanglans. (Ventouses sèches à la poitrine).

Le 5 au soir, reparurent des symptômes de gastrite aiguë : peau chaude et sèche, langue rouge, pointue, raide, envies de vomir; épigastre chaud et tendu, inquiétude extrême; le malade ne reste pas un seul instant dans la même attitude, et pousse de longs et douloureux gémissemens; le teint devient cadavéreux, la face hypocratique, la figure s'hébète, le pouls reste fréquent, mais s'affaiblit de plus en plus. D'innombrables taches lenticulaires violettes apparaissent sur le tronc et les extrémités, la peau se refroidit, le pouls s'efface; tous les symptômes de gangrène intestinale apparaissent, et après une lente agonie, le malade expire sans convulsions le 7 novembre à sept heures du matin.

Autopsie 14 heures après la mort. — Habitude externe. —Odeur pénétrante de putréfaction; demi-marasme.

Appareil respiratoire. — Adhérence du poumon droit sur toutes ses faces par des membranes serrées, engorgement péripneumonique dans son lobe inférieur; le poumon gauche est libre dans toute sa cavité; la muqueuse bronchique est vivement enflammée; du mucus écumeux, sanguinolent sort des poumons par la pression.

Appareil digestif. — Foie très-volumineux, ardoisé, gorgé de sang poisseux; la vésicule du fiel est pleine. La rate, d'un quarré alongé, arrondi par les deux bouts, a plus du double de sa grosseur; son parenchyme est privé de toute cohésion; le grand cul-de-sac de l'estomac est vivement enflammé, il est couvert d'une couche gélatineuse d'un vert safrané. Cette même couleur de safran se remarque par plaques dans l'intestin grêle, et interrompt la couleur rouge et arborisée de la membrane interne de l'intestin dans le cœcum et le colon. On remarque surtout au bord libre de l'intestin, une injection rouge et un développement extraordinaire des cryptes muqueux; la membrane interne est ramolie mais sans être ulcérée. Depuis la région splénique du colon jusqu'au rectum, l'intérieur de l'intestin est complètement sphacélé et répand une odeur de gangrène des plus pénétrantes; il présente une surface bosselée, verdâtre, interrompue par des points blancs; on dirait des épinards hachés avec du pain. L'intestin a, pour le moins, le triple de son épaisseur ordinaire; en coupant les nombreuses fongosités qui donnent à son intérieur l'aspect décrit plus haut, on tombe dans une matière d'un blanc grisâtre nacré, dont la section est parfaitement nette et qui ressemble à du blanc d'œuf, durci par une coction prolongée; en d'autres points, c'est de la substance tuberculeuse déjà ramollie; les glandes mésocoliques sont tuméfiées.

Appareil sensitif interne. — Sérosité limpide dans le tissu cellulaire sous-arachnoidien et dans les ventricules cérébraux.

Voici un entéro-colite contractée à l'hôpital; rien ne nous autorise à dire qu'elle existait avant l'entrée du malade. Il est permis de croire que son habitation prolongée dans les polders et son séjour à l'hôpital de Louvain lui en avaient implanté le germe. L'épaisissement des tuniques intestinales et leur métamorphose en substance fongueuse indiquent d'ailleurs un travail phlegmasique lent et ancien dans le gros intestin; dans le grêle ainsi que dans l'estomac existent des traces certaines de phlegmasie aigüe.

Obs. VIII.[e] — *Entéro-colite chronique repassée à l'état aigu. Mort.* — Keubels, flamand, revenait de la captivité holandaise, lorsqu'en mer il fut saisi de fièvre intermittente endémique; traité et débarrassé de sa fièvre à Anvers, il fut dirigé sur nous, et nous arriva le 21 octobre. Le type était alors tierce, la face du malade était jaune paille, sa maigreur très-avancée, les déjections alvines liquides et fréquentes; trois grains de sulfate de quinine administrés une heure avant l'invasion de l'accès coupèrent la fièvre; des cataplasmes émolliens et du salep à l'intérieur arrêtèrent la diarrhée, et le 25 le malade était debout devant son lit et demandait à manger. Le teint se colore, les chairs se renourrissent, et tout annonçait une convalescence établie, quand dans la nuit du 9 au 10 novembre il lui survint un cours de ventre sanglant avec ténesme; envies continuelles d'aller, expression de quelques lambeaux membraneux et d'un peu de sérum rougeâtre, toutes les demi-heures, collapsus de la face; refroidissement de la peau, suppression des urines, enfoncement du pouls, dessèchement et recroquevillement de la langue, soif vive, tranchées, sensibilité du ventre, froid glacial des pieds; tussitation, (Cataplasmes très-chauds autour des pieds et

sur le ventre, deux demi-lavemens, eau de riz édulcorée, cinq sangsues à l'anus).

Le 11 diminution de la diarrhée, appaisement du tenesme; mais abusant de l'amélioration, le malade s'expose au froid et la diarrhée sanglante revient avec une nouvelle intensité. Le 12 depuis cette époque jusqu'au 17, jour de sa mort, les évacuations sanglantes avec ténesme continuèrent sans relâche. L'opium en extrait donné à la dose de deux grains en solution, dans les 24 heures, provoqua des vomissemens et alluma une soif ardente, le malade exhalait une odeur ammoniacale, pareille à celle de raie pourrie: de petits grumeaux verdâtres, friables, s'échappent incessemment de l'anus, et de petits lavemens d'amidon opiacés, injectés dans l'espoir de modérer la fréquence de ses déjections, sont incontinent repoussés; la peau est froide, le pouls imperceptible, la face livide, cadavéreuse, la langue pâle, raide, pointillée, l'haleine insoutenable, et les facultés intellectuelles s'exercent dans toute leur plénitude. Le malade s'éteint lentement et expire le 17 sans convulsions, sans râle.

Nécropsie 24 heures après la mort. — Habitude extérieure. — Squelette bien conformé, appareil musculaire bien développé, mais coloré et maigri,

Appareil digestif. — Inflammation par zônes distinctes du grand épiploon et du péritoine pariétal, aucun épanchement dans le ventre, muqueuse stomachale rosée, plus foncée en couleur le long de la grande courbure; plaques enflammées, séparées d'abord, ensuite continuées dans l'intestin grêle. Les follicules agminés sont tuméfiés, saillans, ulcérés à leur sommet et tranchans. Par ce pointillement blanchâtre sur la muqueuse rouge pourpre et violette, les parois du gros intestin sont considérablement épaissies, son aspect intérieur est bosselé; partout où la muqueuse existe encore, elle est d'un rouge ardent, mais

de longues traînées d'ulcères grisâtres la détruisent dans le sens de la longueur de l'intestin. Dans le rectum, la membrane interne est détruite, et remplacée par un putrilage verdâtre très-fétide. La rate a le double de sa grandeur ordinaire; son parenchyme est d'un brun noirâtre et réduit en bouillie, et festonné sur ses bords.

L'existence de l'entéro-colite chronique se déduit de la liquidité des déjections alvines continuées pendant trop long-temps, mais les selles cependant ne sont pas très-fréquentes; l'impression du froid paraît avoir joué un grand rôle dans l'avivement de l'inflammation; la désorganisation du gros intestin est déjà avancée, moins cependant que nous n'allons la rencontrer dans d'autres malades où la phlogose a sévi encore plus long-temps.

Obs. IX.e — *Entéro-colite chronique repassée à l'état aigu. Mort.* — Déprez, grand et mince, d'un tempérament lymphatique, ayant gagné la diarrhée au camp de Diest, à une époque qu'il ne sait pas préciser, a toujours eu depuis des selles liquides. Admis à l'hôpital de Louvain pour y être traité d'une fièvre tierce, il est évacué sur nous le 19 octobre, et déposé dans mon service le 21.

Le 21, face pâle, jaune, maigreur, peau sèche, appétit vif. L'accès de fièvre qui vient tous les jours à 10 heures du matin céda promptement à l'administration du sulfate donné une demi-heure avant l'invasion de l'accès.

Depuis le 22 jusqu'au 27, état fort satisfaisant, les selles sont liquides, mais peu nombreuses. Placé entre deux malades qui contractent successivement la diarrhée, elle augmente aussi chez lui : les déjections sont fréquentes, rapprochées, peu abondantes, séreuses, le ventre est mou et peu sensible, mais la peau est aride, les urines nulles; sa translation dans une autre salle, une diète absolue et la décoction de salep conjurèrent cette nouvelle atteinte. Cependant le teint reste jaune avec une nuance

ocrée, la langue sèche et rugueuse; la tête lourde et la soif vive. (Eau d'orge édulcorée, bouillie à la farine.)

Dans la nuit du 2 au 3 novembre, rechute sans cause appréciable, déjections fréquentes avec ténesmes, peu abondantes, formées de sérosité rougeâtre et d'un fond pareil à de la terre glaise; avivement de la soif, prostration extrême des forces, retrait du pouls, sensibilité pour le froid, mollesse et sensibilité du ventre. (Eau d'orge édulcorée, deux fois; deux vésicatoires aux cuisses.)

Le 4, face cadavéreuse, langue sèche et noire, paroles traînantes, peau sèche, chaude, pouls filiforme, ventre douloureux, soubresauts des tendons; les déjections alvines continuent sans relâche. Depuis ce jour jusqu'à celui de sa mort qui arriva le 8 novembre, les selles continuèrent à couler. Une atmosphère fétide entourait le malade; l'opium ne fut pas supporté, il excita de suite des nausées et sécha la langue; le quinquina combiné avec l'acide sulfurique, administré par cuillerée, provoqua après l'ingestion de la première dose une cardialgie étouffante et des efforts pour vomir; on fut réduit pour toute indication aux eaux de gomme et de riz à l'intérieur et aux révulsifs. Tout au contraire de ce que nous avons observé chez les autres dysentériques, la jactitation fut extrême, l'agonie longue, accompagnée de vomiturition̲s et de hoquets.

Mort le 8 novembre.

Nécropsie 24 heures après la mort. — Habitude extérieure. — Amaigrissement très-avancé, taches gangréneuses étendues aux endroits où les vésicatoires ont été appliqués.

Appareil digestif. — Sérosité rougeâtre peu abondante dans l'abdomen; concrétion gélatineuse rougeâtre sur les deux feuillets du péritoine; phlogose intense de cette séreuse dans la fosse iliaque gauche. Foie très-volumineux, de couleur ardoisée; vésicule du fiel gorgée de bile verte.

La rate, d'un volume double de celui de l'état ordinaire, est d'une forme inégale, marquée sur son bord stomachal par des étranglemens au nombre de quatre; la tunique fibreuse est dans cet endroit blanche et crie sous le scalpel. La muqueuse stomachale est d'un bleu d'ardoise, pointillée en rouge et ramollie jusqu'à consistance de gélatine dans le grand cul-de-sac. L'intestin grêle offre partout des traces d'inflammation et de nombreuses ulcérations, petites, à bords perpendiculaires vers la terminaison. La muqueuse du gros intestin est généralement d'un bleu d'ardoise, avec des entrecoupures violettes. L'S iliaque du colon et le rectum, d'un rouge très-vif, criblés de petites ulcérations à fond grisâtre, ont leurs parois considérablement épaissies.

Appareil sensitif interne. — Dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien existe beaucoup de sérosité. La substance blanche est ponctuée et comme sablée en rouge.

Appareil respiratoire. Les poumons adhèrent sur toutes leurs surfaces.

Appareil circulatoire.—Le cœur, à la grosseur, est une fois et demie plus gros que le poignet du malade; cet agrandissement est dû à l'hypertrophie du ventricule gauche.

Cette phlegmasie est d'une forme plus décidément chronique, elle s'étend à un espace de temps assez long, n'ayant pour symptômes que la sursécrétion intestinale et le défaut de nutrition. La couleur ardoisée du tube digestif est bien une des phlegmasies chroniques de sa membrane interne; le pointillement rouge est plus particulièrement dû à l'appel fait au sang par un surcroît d'inflammation. Ici de nouveau ce processus a envahi toute l'étendue du cylindre et s'est étendu au péritoine, dans cette partie de la séreuse qui enveloppe l'S romaine de l'iléon, qui était, avec le rectum, le siége principal de la phlegmasie dans cette circonstance.

Il y a eu beaucoup de jactitation et de malaise; et on

trouva une infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et injection des vaisseaux de l'encéphale.

Obs. X.ᵉ — *Entero-colite chronique repassée à l'état aigu et compliquée de péritonite. Mort.* — Marlar, 20 ans, bien constitué, d'une constitution très-irritable, blanc-blond, fut évacué sur nous de Louvain le 21 octobre, porteur d'une diarrhée dont il avait été atteint au camp de Diest, et pour laquelle il était en traitement depuis 20 jours. La diète, le repos et les boissons adoucissantes ayant rendu les selles moins fréquentes et appaisé le ténesme, l'appétit étant devenu très-vif et ne se contentant pas de la portion de l'hôpital, le malade se dit guéri et le 6 novembre il quitta l'hôpital.

Il y rentra le 8, dans la journée, dans l'état suivant : traits retombés, face pâle, peau crispée et froide, pouls filiforme, fréquent, déjections alvines incessantes de sang pur mêlé de grumeaux blanchâtres; ces déjections continuaient déjà depuis vingt-quatre heures; urines nulles, efforts pour vomir, tranchées violentes, ventre douloureux à la pression, respiration entrecoupée, courte, haletante, suspirieuse. Appétence pour les boissons chaudes, nuit extrêmement mauvaise, pas une goutte de liquide n'est ingéré sans qu'il ne s'ensuive des vomissemens. (Émulsion huileuse opiacée; cataplasmes émolliens, frictions sur la colonne vertébrale avec un liniment ammoniacal camphré.)

A l'heure de la visite, violens frissons, peau et muqueuse buccale froide. Le malade demande instamment de la boisson chaude. Pouls filiforme; les déjections sanglantes continuent, mais l'envie de vomir et les fortes tranchées sont appaisées. (Cataplasme de moutarde aux pieds.)

Le 10, la nuit s'est passée entièrement sans sommeil à cause de fréquentes déjections dont une grande partie a

coulé sous le malade. Le sang est moins pur, les nausées, les vomituritions et la soif sont calmées.

A la visite, face pâle, retombée, dents et lèvres noires, langue sèche, brunâtre, gercée; peau froide, pouls faible autour de 96. Tranchées fréquentes, ventre sensible. (Cataplasmes émolliens et anodins sur le ventre, décoction de racine de salep ℥ viij, sirop d'althéa ℥j.)

Au soir, depuis deux heures, les selles sont moins fréquentes, et ne sont plus teintes de sang, il n'y a pas d'amélioration du reste, la jactitation continue, la face mauvaise, la langue sèche, le pouls fréquent, faible; le cataplasme n'a pas été supporté.

Le 11, déjections incessantes, la nuit; à la visite, affaissement profond, voix éteinte, pupilles dilatées, langue pâle, froide, douleurs ventrales atroces; quand elles surviennent, elles paraissent couper la respiration qui devient haute et sonore; le pouls s'accélère en faiblissant, la température reste froide, le ventre est plat, sensible au toucher. (Large vésicatoire sur le ventre).

Le 12, les douleurs produites par le vésicatoire ne permettent pas de le laisser plus d'un quart d'heure en place. La journée et la nuit sont extrêmement fâcheuses; le malade reste la tête renversée en arrière, les paupières affaissées, la voix éteinte, la peau, l'haleine glacées, hoquet fréquent, petites selles d'expression continuelles, vertes, noires, putrides.

A la visite, teint livide, nez pointu, regard éteint, lèvres et dents noires, langue pâle et sèche, atmosphère fétide; le malade réclame instamment du bouillon chaud; ventre rétracté, tranchées fréquentes. (Fomentations de graine de lin tièdes, un grain d'extrait d'opium.) Quand on apporte le bouillon le malade se relève avec précipitation. Il meurt.

Autopsie dix heures après la mort. — Habitude externe. — Demi-marasme.

Appareil sensitif interne. — Congestion sanguine des vaisseaux et sinus du cerveau, sérosité abondante dans les ventricules.

Appareil digestif. — Mucosités épaisses et filantes dans l'estomac, teinte rosée interrompue par des vergetures bleuâtres de la muqueuse ventriculaire; péritoine vivement enflammé, ainsi que tout l'intestin grêle. Il n'y a pas une seule partie qui ait la nuance naturelle; de distance en distance, on remarque, dans l'étendue de plusieurs pouces, une teinte pourprée. A trois pieds environ de la terminaison de l'intestin grêle, cette teinte devient générale, les follicules muqueux tuméfiés et saillans sont ulcérés à leur sommet; le gros intestin, dont les parois ont plus de cinq lignes d'épaisseur, est couvert de végétations verruqueuses lichénoïdes, vertes, rugueuses, tellement pressées dans l'S iliaque du colon et le rectum, qu'elle donne à l'intestin l'aspect de l'écorce d'un vieux chêne; les crevasses qui les séparent sont d'un rouge obscur et hérissées de granulations; ces végétations sont formées par un tissu squirrheux dont la section est nette, grisâtre, et pareille à du blanc d'œuf durci par la chaleur.

La promptitude de la mort doit être attribuée à l'excès de la douleur. En effet, depuis son entrée jusqu'à son décès, le malade a toujours été en proie aux plus grandes souffrances. Si elles ont perdu pendant quelques instans de leur atrocité, elles n'ont pas pour cela cessé d'être intolérables. L'abaissement de la température, le tremblottement du pouls qu'on observa pendant tout le cours de la maladie et qui accompagna son début, m'avaient fait penser à une affection morbide du prolongement rachidien, mais l'autopsie ne nous a rien révélé à cet égard.

Obs. XI.e — *Entéro-colite chronique repassée à l'état aigu, méningo-céphalite, péritonite. Mort.* — Bous, flamand, taille haute, mince, cheveux blonds, peau blanche, est évacué de Louvain le 19, et déposé dans mon service le 25 octobre. Attaqué de la diarrhée au camp, il en a été traité pendant quinze jours à l'hôpital de Louvain, et en était à peu près guéri, quand il a été désigné pour l'évacuation; mais en route, elle est revenue avec une nouvelle violence. Depuis quatre jours qu'il est arrivé à Namur, il a été traité par le salep. J'observe : amaigrissement avancé, peau pâle et crispée, plutôt froide que chaude, langue pâle, molle, forte altération, pouls petit et profond. Ventre indolore à la pression; tension et proéminence de tout le trajet du colon; les déjections sont continuelles, sanglantes, mêlées de lambeaux membraneux. Pendant la nuit, le malade ne quitte pas un instant la chaise percée. (Décoction de salep avec teinture d'opium.) Cette médication a pour premier résultat la diminution des selles, le réchauffement de la peau, l'élargissement du pouls; on y persévère.

Le 3 octobre, retour de la diarrhée avec une nouvelle force, sans qu'on puisse présumer à quelle cause la récrudescence est due. Idées confuses, regard fixe, paroles paresseuses, tendance au sommeil, la langue est couverte d'un enduit verdâtre. La soif est très-vive quoique la langue soit pâle.

Le 2 novembre, vomissement érugineux pendant la nuit. A la visite, somnolence, regard hébêté, pupilles très-contractées, langue sèche, couverte d'un enduit vert-pré; hoquet par intervalles, pouls presqu'imperceptible.

Les pulsations se confondent; le malade laisse aller ses selles sous lui, et est entouré d'une atmosphère des plus fétides, ventre retombé sensible. Le plus léger attouche-

ment de cette partie réveille le malade de sa stupeur, respiration lente et profonde. (Deux larges vésicatoires aux mollets.)

Au soir, les envies de vomir ont été fréquentes, et quelques gorgées porracées rejetées après les plus violens efforts. A la visite, face fatiguée, paupières pesantes, sentiment profond d'anéantissement; facultés intellectuelles confuses, relâchement musculaire excessif. Les membres retombent par leur propre poids, langue sèche, verte; pouls filiforme, atmosphère ammoniacale, ventre plat, tendu, sensible. (Vin sucré.)

Le 3 novembre, face cadavéreuse, peau froide, pouls imperceptible, respiration lente, agonie; les vésicatoires ont à peine rougi la peau.

Mort à cinq heures du soir, le 3 novembre.

Autopsie le lendemain à une heure. — A l'ouverture de l'abdomen, il se répand dans l'appartement la puanteur la plus pénétrante.

Organes abdominaux. — Péritoine épaissi, opaque, estomac rempli d'un liquide verdâtre, la membrane muqueuse est recouverte d'une couche épaisse de mucus vert et collant. Toutes les valvules conniventes de l'intestin grêle sont enduites d'une matière semblable, mais plus foncée en couleur. Le fond de l'intestin est d'un rouge bleuâtre qui devient violet aux approches de la valvule iléo-cœcale. Le colon ascendant, le descendant jusqu'à l'anus, sont sphacélés, d'un vert noirâtre; le transverse est d'un rouge vif, carnifié et parsemé d'innombrables ulcères, les tuniques intestinales sont doublées d'épaisseur.

Appareil sensitif interne. — Les sinus de la dure-mère et le système veineux de l'encéphale sont gorgés de sang noir; infiltration séreuse très-abondante du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; adhérences multipliées des deux feuil-

lets de l'arachnoïde, tantôt par des brides assez résistantes, tantôt par des membranes à l'état de gélatine, à la hauteur du pressoir d'Hérophile, la méningine est considérablement épaissie et d'une dureté cartilagineuse. Le corps calleux est tellement ramolli que, par la séparation spontanée des deux hémisphères, il se déchire par le milieu et laisse le quatrième ventricule à nu. Sérosité abondante dans les ventricules cérébraux.

Appareil circulatoire. — Le péricarde est rempli de sérosité, le sang est fort ténu; quelques petites concrétions blanches, mollasses, très-faibles, se montrent dans les cavités droites du cœur.

On trouve ici des désordres nombreux tous dus au processus de l'inflammation. Le point de départ cependant est le tube digestif; la phlogose dont il était le siége au camp, a perdu fréquemment son caractère d'acuïté par une médication appropriée, mais ne me paraît pas avoir jamais été entièrement guérie : existant toujours sous forme chronique, latente, elle est remontée à l'état aigu, dès qu'un surcroît de stimulation a retenti soit directement, soit indirectement dans les organes surexcités. Aussi voit-on le malade faire de fréquentes rechutes. On sait que la répétition des phlogoses dans les organes leur donne une grande prédisposition à les recontracter. Le chagrin dont le malade était atteint et que nourrissait sans aucun doute l'entéro-colite chronique, entretenait dans l'encéphale une irritation dont l'existence a été reconnue pendant la vie et les traces retrouvées après la mort. L'épaississement du péritoine paraît indiquer que là aussi la phlegmasie avait longtemps existé, ce n'est cependant que dans les derniers instans de la vie qu'elle s'est fait reconnaître à nous.

Obs. XII.° — *Entéro-colite chronique, repassée à l'état aigu, compliquée de pneumonite et péritonite*

chroniques. — *Mort.* — Débale, flamand, âgé de 19 ans, petit, fluet, blanc, est évacué de Louvain sur nous, le 21 octobre. Il était atteint de diarrhée et de toux : peau sale, terreuse; urines rares; maigreur très-décidée, langue plate, molle; ventre indolore; voracité extrême. La diète et la décoction de salep, ensuite l'opium continué pendant quelques jours, arrêtent la diarrhée ou la modèrent au moins de manière à la rendre supportable. Mais la toux continue; le malade importune sans cesse pour avoir des alimens, ce nonobstant on ne lui accorde que du riz et d'autres féculens : atteint de la gale, il est transféré dans la salle particulièrement destinée au traitement de ce genre de maladie; mais avant la guérison, qui cependant n'a été poursuivie que par des bains et des lotions hydro-sulfuriques, l'inflammation entéro-colique se réveille avec violence, et plus de deux cents déjections très petites, formées par une sérosité rougeâtre, écumeuse, sont rejetées pendant les vingt-quatre heures; suppression des urines. La figure s'enfonce et la peau est d'un froid glacial. L'immersion dans un bain chaud rappelle la chaleur et un peu de coloration des lèvres.

Le nombre des déjections se réduit, et bientôt ce n'est plus qu'un ténesme pendant lequel sont exprimées quelques gouttes de sang ténu, fétide; la langue est pointue, rouge et sèche; tussitation fréquente. (Deux lavemens de décoction de pavot; décoction de salep à l'intérieur.)

Le 13, le nomble des selles est notablement diminué, mais la face reste sinistre; la peau est chaude, sèche, âpre au toucher; le pouls vif, bat plus de 100; la langue est rouge, pointue. (Décoction de salep deux fois; bain de corps.) Les déjections recommencent à être fréquentes, rapprochées, avec ténesmes, sanglantes ou noires; la toux est sèche, très-fatiguante, surtout pendant la nuit; la langue reste pointue, rouge, sèche. Le marasme

fait des progrès rapides ; la face se creuse ; les yeux se cavent ; le pouls s'efface, et le malade s'éteint le 17 novembre, après une très-courte et tranquille agonie.

Autopsie vingt heures après la mort. — Habitude extérieure. — Dernier degré de marasme, œdème autour des malléoles.

Escharre profonde au grand trochanter droit, taches bleuâtres autour du cou et sur les extrémités. L'abdomen est concave, son intérieur contient environ deux pintes d'un liquide citrin, collant aux doigts ; le tube digestif est diminué d'ampleur dans toute son étendue ; à l'extérieur il s'est enveloppé d'une fausse membrane comme gélatineuse, contenant dans ses vacuoles un liquide semblable à celui qui est libre dans la cavité péritonéale. Les glandes du mésentère sont tuméfiées, tuberculeuses ; la muqueuse stomachale est vivement injectée et rosée dans toute son étendue. Celle de l'intestin grêle ardoisée et recouverte de mucosités épaisses et collantes ; près de la valvule iléo-cœcale, existe un seul ulcère rond à bords perpendiculaires, à fond grisâtre, de la largeur d'une pièce de vingt sols. Les parois du gros intestin sont très-irrégulièrement épaissies et altérées. L'aspect général est bosselé, d'une couleur de bœuf lavé ; de distance en distance, et notamment dans la région splénique et l'S iliaque du colon, les bosselures sont plus élevées ; leur sommet est criblé d'ulcères et leur surface est d'un vert grisâtre ; le rectum est également criblé de petits ulcères innombrables, et présente un aspect rugueux. Le foie est énorme, mais sans altération. La rate fort petite, d'un bleu verdâtre ; sa tunique externe offre mille rides. La muqueuse trachéo-bronchique est vivement injectée ; le parenchyme pulmonaire est compacte, dense, mais privé de cohésion. Le poumon droit adhère sur toutes ses faces, des milliers de tubercules miliaires se remarquent dans son parenchyme ; il y en a d'innombrables à la surface,

immédiatement sous la plèvre, qu'ils soulèvent de manière à rendre le toucher rugueux. Dans le poumon gauche, qui n'est pas adhérent, il existe de même un grand nombre de tubercules miliaires, mais on n'en rencontre pas immédiatement sous la plèvre.

Il ne paraît guère possible de méconnaître ici la transition répétée de l'entéro-colite chronique à l'acuité et la compression de celle-ci par la diète, le repos, les féculens et l'opium. C'est tout particulièrement le gros intestin qui souffre; aussi l'estomac étant libre d'irritation, la faim est-elle dévorante et cette sensation fait-elle taire toutes les autres. Quand le malade est arrivé sous mon traitement, la profondeur de l'atteinte portée aux actions nutritives, et dont l'aspect terreux de la peau, la faiblesse, la maigreur et l'abaissement de la température étaient les principaux symptômes, ne me peignaient que trop celle de l'altération organique dont les appareils gastro-pulmonaires étaient le théâtre, et ne me laissaient pas beaucoup d'espoir de guérison. Il ne serait pas impossible que l'appaisement de l'irritation psorique qui, en vertu des rapports d'antagonisme bien connus de la peau et de la muqueuse colique, peut avoir agi comme révulsif, ait contribué à faire prédominer de rechef l'irritation dans le gros intestin; il est à remarquer que dans ce cas, le bain chaud, en stimulant la surface tégumentaire et y rappelant de la chaleur, a diminué le nombre des selles. Dans les derniers jours de la vie, la peau s'est échauffée; elle est devenue sèche, âcre; la langue a rougi, s'est effilée et séchée, et l'estomac a offert des caractères évidens d'inflammation aiguë. La complication de péritonite et de pleuro-pneumonite ne peut être contestée. Elle n'a pas décidé la mort sans doute, mais en a probablement hâté le terme.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Des avantages de la saignée révulsive dans la plupart des maladies de la tête; par M. CHAUFFARD, *médecin de l'hôpital d'Avignon.* (Fin.) (1)

Convulsions et insuccès des saignées rapprochées du cerveau. — Un enfant âgé de 15 mois fut pris subitement, après s'être refroidi, de convulsions générales assez vives. Le lendemain, sangsues derrière les oreilles, écoulement abondant, et néanmoins, immédiatement après cette application, les convulsions s'accrurent, quoique limitées aux membres du côté droit, qui furent dès cet instant secoués violemment et sans interruption, et l'enfant cessa de vivre, le quatrième jour, la bouche déformée et couverte d'écume, les yeux ternes et fixés vers le sommet de l'orbite. La maladie jusqu'aux sangsues n'avait pas paru augmenter, mais sous l'influence de cette pratique, l'engorgement cérébral se fit avec plus de rapidité, les symptômes nerveux devinrent plus intenses et la mort ne tarda pas.

Que de faits semblables à celui-là ! Combien de fois j'ai vu mourir dans des alternatives de coma et de convulsions de gros enfans qu'on savait atteints de congestion cérébrale, et à qui, pour en arrêter les progrès, on ne faisait autre chose qu'appliquer des sangsues à la tête ! Quelquefois pourtant les symptômes s'aggravaient tellement après chaque application, que les mères en faisaient et en communiquaient la remarque.

Convulsions arrêtées par les saignées révulsives. — Une fille, âgé de six ans, mange des cerises avec excès et éprouve une indigestion. Elle vomit abondamment et tombe le lendemain dans des convulsions violentes qui sont remplacées par une stupeur assez prononcée, dans les momens où ces convulsions cesssent ou se ralentissent.

(1) *Voyez* le premier article, vol. précédent, page 305.

Lorsqu'on la tire de cet état, elle se prend à mordre, à déchirer, à pousser des cris de colère : d'ailleurs pouls petit et de 120-140 pulsations, quoique la température de la peau reste dans le type normal. Le premier mobile de tant de désordres provenait vraisemblablement des voies gastriques, mais leur irradiation sympathique sur l'encéphale l'avait si vivement affecté que de là seulement devaient dériver les indications. En conséquence, saignée du pied qui, pour premier effet, éloigne et affaiblit les convulsions, et diminue l'irascibilité de la petite malade. Le lendemain douze sangsues aux malléoles, pédiluve subséquent, hémorrhagie considérable; les convulsions se changent en de simples tressaillemens, la stupeur et la fièvre s'évanouissent, la figure pâlit et reprend son expression naturelle. La guérison suit bientôt.

La fille d'un médecin, mon ami, âgée de 2 ans et demi, forte, grasse, très colorée, était dans le mois de décembre 1827, oppressée, et toussait beaucoup depuis quelques jours, lorsqu'elle se frappa la tête en tombant sur le parquet. Le lendemain, somnolence innaccoutumée; l'enfant est morne et fuit la lumière. Le soir, à huit heures, convulsions fortes des membres et des yeux, qui durent environ vingt minutes, et qui sont suivies d'une stupeur générale avec perte de connaissance et de sensibilité. Les yeux sont ternes, portés violemment sous la paupière supérieure, et agités de petits mouvemens convulsifs continuels. L'œil gauche est traversé par quelques vaisseaux rouges et très-engorgés; il est humide. La déglutition se fait avec peine; l'enfant gémit par momens d'une manière très-plaintive. Sans retard, nous piquons la saphène, puis la temporale; chaque piqûre ne fournit que deux onces de sang au plus. Vingt-quatre sangsues sont appliquées aux mollets : elles achevaient de se remplir que l'enfant avait beaucoup pâli, qu'il baillait, ouvrait les

yeux et éprouvait ce mal-aise qui dévance la lipothymie. Celle-ci eut lieu en effet, et fut longue; elle dura, avec plus ou moins d'intensité, de dix heures à minuit. Nous avions fait tomber les sangsues, et, pendant tout ce tems, nous tînmes avec la main les jambes fortement serrées et garnies d'amadou. L'enfant parla, but avec facilité; ses yeux redevinrent naturels; ses lèvres s'étaient même un peu colorées, lorsqu'elle s'endormit d'un bon sommeil, qu'aucun accident ne troubla.

La déplétion révulsive qui enraya si promptement une congestion cérébrale dont la mort ou la paralysie eut été la suite, exerça aussi sur la bronchite une influence très-marquée. Le lendemain, l'enfant toussa beaucoup moins et sa santé fut bientôt rétablie.

La vraie nature de ces convulsions était évidente; le traitement fut simple, énergique et décisif. L'engorgement inflammatoire de la poitrine, en gênant le passage du sang du cœur droit au cœur gauche, avait déterminé une sorte de réplétion plus grande de la veine cave supérieure, des veines qui y aboutissent, du système capillaire cérébral, des artérioles qui se ramifient dans les membranes et la pulpe de l'encéphale; aussi une chute, qui n'aurait produit dans l'état ordinaire qu'un effet très-momentané, devint le principe d'une grave fluxion intra-cranienne. Il fallait donc n'employer qu'une forte révulsion par la saignée, pour faciliter la circulation et diminuer ainsi la compression des centres nerveux; là seulement était le succès. Les excitans de la peau pouvaient-ils réussir, pouvaient-ils même ne pas nuire à un enfant frappé au milieu de toute son énergie vitale? Les stimulans de l'estomac auraient assurément échauffé la peau, accéléré le mouvement du sang, poussé sympathiquement à la tête, et haté l'instant de la mort, ainsi que je l'ai vu dans de semblables circonstances. Si nous appliquâmes un

grand nombre de sangsues proportionnément à l'âge de l'enfant, c'est que nous voulions obtenir, et très-promptement, une hémorrhagie jusqu'à défaillance, sûrs de maitriser l'écoulement du sang dès le moment où nous le jugerions convenable.

Les adultes sont aussi quelquefois atteints de convulsions, et les saignées fortes et révulsives sont alors non moins indispensables.

La femme du domestique de M. Piet, enceinte de son premier enfant, d'une bonne constitution, âgée de 23 ans, était tourmentée depuis six semaines par un catarrhe pulmonaire, lorsqu'elle accoucha dans le mois de mars 1828. Immédiatement après sa délivrance, convulsions avec perte momentanée de connaissance, écume à la bouche, qui furent bientôt suivies d'un coma profond et d'une insensibilité générale très-marquée. Les sens s'éteignent, la bouche se déforme, il en découle une bave épaisse ; déglutition d'ailleurs impossible ; yeux ternes, larmoyans et continuellement agités de petites oscillations ; pouls plein et fréquent ; sueur grasse et chaude, lochies assez abondantes. Depuis douze heures environ la malade était dans ce fâcheux état, lorsque son accoucheur me fit appeler. Il la saigne largement, et le soir vingt sangsues à la vulve. Chacune de ces émissions sanguines atténue la congestion apoplectique et ses effets. Le lendemain, la malade a repris ses sens; il ne lui reste plus que de la stupeur, qui diminue elle-même de jour en jour. Quant à l'affection pulmonaire, elle déclina d'une manière assez rapide; la toux devint grasse, moins fréquente, plus facile, et céda à l'usage du lait et à la persistance de l'écoulement des lochies.

Les convulsions et l'insulte apoplectique dépendaient encore, dans ce cas, de la maladie pulmonaire, des entraves qu'elle mettait à la circulation, et de la réplétion

du système veineux et artériel de la tête. Les vidanges ne suffisaient pas, quoique copieuses, à enrayer un tel engorgement; leur sortie lente, uniforme et mesurée les rendait sans action sur la maladie cérébrale; il fallait une déplétion plus forte et plus prompte qui produisît comme subitement une sorte de vide dans des vaisseaux si embarrassés. C'est d'après cette seule, mais puissante considération, que fut décidée la saignée; elle fit promptement ce que ne faisaient pas les lochies, et ne contraria point leur écoulement; effet que, sans beaucoup de fondement, des médecins en appréhendent. Loin de là, car, au lieu de l'arrêter, ce moyen en assura vraisemblablement la durée normale, en dissipant une fluxion morbide, qui, par ses progrès violens, aurait bientôt et de toute nécessité suspendu la fluxion sur l'utérus, et en conséquence l'écoulement de sang qui en provenait.

Les convulsions d'épilepsie, la tendance à la paralysie, l'insensibilité profonde, dépendaient primitivement, dans cette observation, de l'affection trachéo-pulmonaire. Il en est de ces accidens, comme du délire dans les pneumonies; seulement la congestion y est plus passive, le sang n'est point alors enflammé, il n'y a pas encore de travail de désorganisation fortement établi, et ces diverses circonstances sont autant de chances heureuses.

La prééminence de la saignée révulsive sur la saignée locale, dont je viens de fournir de nombreux exemples, avait déjà été indiquée; mais souvent des remarques ingénieuses passent sans nous frapper ou ne nous laissent que des impressions fugitives. Cependant, lorsque j'employai indistinctement la saignée de la saphène, de la basilique ou la saignée capillaire de la tête, même très-copieuse, recourant peu à la première comme plus incommode, je perdais des malades atteints de fièvres convulsives, ataxiques, que je conserve aujourd'hui, du moins il me le

semble. A cette époque, il est vrai, le traitement n'était pas ce que l'ont fait les progrès de la science. Toutefois l'issue funeste de quelques-unes de ces maladies provenait en partie de la fausse application des saignées locales et de l'omission des saignées révulsives.

On dira et j'y reviens : les malades n'ont pas guéri par la vertu révulsive de l'ouverture de la saphène; mais c'est que cette saignée pratiquée après plusieurs autres devait nécessairement emporter le mal. Comment se ferait-il pourtant que là où les saignées et les sangsues ont toujours été inutiles, souvent nuisibles, ce fut tout juste la dernière saignée qui se rencontra si salutaire? Et d'ailleurs, que deviennent les faits où la saignée du pied employée une ou deux fois largement et de prime-abord, combinée avec des sangsues aux malléoles, au vagin, à l'anus, avec des ventouses scarifiées aux cuisses, effacent des affections de l'encéphale et de ses dépendances, qui s'annonçaient par les symptômes et sous toutes les formes cérébrales les plus graves.

Ainsi, par exemple, les relevés de mon service à l'hôpital, du mois de juillet 1826 au mois de juillet 1831, présentent 278 inflammations des méninges, simples ou compliquées d'une éruption furonculaire de l'intestin grêle, la plupart d'un caractère insidieux, avec tendance à la phlegmasie du cerveau, à la désorganisation de sa pulpe, à un épanchement dans ses ventricules, avec fièvre continue : ces relevés offrent encore 140 maladies analogues accompagnées du type intermittent, les unes avec le coma, les autres avec le délire. Toutes furent heureusement traitées, d'abord par les saignées générales et capillaires révulsives, par des cataplasmes sur la tête et les membres, des boissons rafraîchissantes; plus tard, on joignit à ces moyens des sangsues ou des ventouses scarifiées dérivatives, quelquefois la glace sur la tête et des

cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs. Les excitans diffusibles furent toujours bannis, les laxatifs administrés dans quelques cas. A un petit nombre de malades dont le délire impétueux et loquace fut remplacé par une stupeur profonde, sulfate de quinine ou quinquina en décoction, à titre de révulsif, soit sur les voies gastriques, soit sur le colon descendant et le rectum.

Rien n'entraîne la conviction comme l'exposé succinct de ces résultats obtenus en masse; mais les observations particulières avec leurs détails ont des allures plus vives et font pénétrer la vérité plus avant. Voici donc encore quelques faits où la puissance des saignées révulsives paraîtra dans toute son évidence.

Congestion cérébrale brusque et très-intense, irritation vive du cerveau et de ses membranes, symptômes nerveux singuliers: large saignée révulsive; guérison franche et prompte. — Au printemps de 1821, un médecin âgé de 48 ans environ, d'un tempérament lymphatico-sanguin, souffrait de la tête depuis quelques jours, lorsqu'un matin, en faisant ses visites, il perd complètement la mémoire. Il retourne dans des maisons d'où il sort, croyant n'y être point allé, va dans d'autres où on ne le demande pas, ordonne des remèdes qu'il a déjà commandés; démarche tremblante, incertaine, vague, comme au hazard, comme d'un homme étourdi par un commencement d'ivresse. Il rentre chez lui, délirant, reconnaît sa femme et ceux qui l'environnent, mais leur tient les propos les plus incohérens; face tantôt rouge, tantôt pâle, yeux injectés, brillans, exprimant un profond étonnement, d'une grande immobilité, rire sardonique, tremblemens et rétraction de la langue; faiblesse des extrémités abdominales, pouls petit, serré, dur, convulsif. *Lepidum caput, sed cerebrum non habet;* ce vers, d'une fable de Phèdre, que le malade n'avait pas relue depuis

trente ans, lui revient à la mémoire et il le donne pour réponse à toutes nos questions. Une large ouverture de la saphène me paraît le vrai moyen d'arrêter subitement de si fâcheux symptômes. Comme quelques intermittentes pernicieuses sévissaient dans ce moment, un des amis du malade, également auprès de lui, préférait se borner à une dérivation par les sangsues et observer ce qui se passerait les deux jours suivans, pour être fixé sur le caractère de la maladie. Il comprit pourtant qu'une saignée locale ne pourrait rien contre une lésion qui se manifestait par l'explosion de si graves accidens, et que même, dans l'hypothèse d'une fièvre pernicieuse, dégorger le cerveau, chez un homme fort, au début du mal, devait être utile. La saignée fut copieuse et suivie d'un flux de larmes involontaire, très-abondant, avec sanglots, avec mouvemens convulsifs de la face; sorte de crise ou, pour parler juste, signe et commencement d'une détente qui se continua par une moiteur douce, grasse, onctueuse, dont le linge et les draps du malade furent mouillés. Sa convalescence ne se fit point attendre.

Si de l'exámen des effets de la saignée révulsive dans les inflammations du cerveau avec fièvre aiguë, on passe à l'examen de ses effets dans les hémorrhagies cérébrales et dans les affections de l'encéphale sans fièvre, on retrouve les mêmes phénomènes et non moins apparens, non moins caractéristiques.

Ainsi, des dispositions apoplectiques ne sont point contrariées par la saignée du bras et les saignées capillaires locales; souvent après celles-ci, cette tendance à l'engorgement et à la déchirure des vaisseaux intra-craniens semble acquérir plus d'intensité. La face devient plus injectée, la tête plus lourde, la parole plus difficile, l'entendement plus obscurci : c'est que la déplétion immédiate que la saignée à la tête devait produire, est remplacée par une

sorte de turgescence locale plus considérable. Les saignées révulsives affaiblissent au contraire, et même quelquefois pour longtemps, l'insulte apoplectique.

Congestion cérébrale, menace d'apoplexie; succès des saignées révulsives. — M. de Saint-Pérest, grand, nerveux, délicat, s'exprimant avec assez de peine, ami de la bonne chère et des plaisirs, presque septuagénaire, éprouvait depuis longtemps des fourmillemens dans le mollet gauche, si douloureux et accompagnés d'une telle pesanteur de tête qu'il était obligé de sauter à bas du lit. Ce phénomène paraissait et reparaissait quelquefois à des époques très rapprochées. Un jour, M. de Saint-Pérest fut surpris d'un tel engourdissement dans le côté gauche du corps, qu'il s'arrêta dans une maison voisine, où, rencontré par quelques personnes, il voulut et ne put leur parler. Transporté chez lui, la parole lui revint à la suite d'efforts assez violens; commissure des lèvres et langue entrainées à gauche, gonflement apoplectique de la face, paralysie commençante du côté gauche : trente sangsues aux malléoles, pédiluve de trois heures de durée, hémorrhagie extrêmement considérable. Les symptômes d'apoplexie et de paralysie ne tardèrent pas à s'évanouir. Par la suite et deux fois l'an, au printemps et en automne, ce malade, qui vit encore et se porte bien, a présenté les mêmes symptômes de congestion cérébrale; le côté gauche de son corps s'est engourdi, sa langue embrouillée, il n'a pu avaler qu'avec peine et goutte à goutte. Chaque fois, l'ouverture de la saphène ou des sangsues aux gras de jambe et à l'anus, ont dissipé ces phénomènes et l'engorgement cérébral dont ils dépendaient. L'action de ces évacuations sanguines, d'ailleurs, fut favorisée par des purgatifs et autres agens de révulsion, comme dans le cas qui suit.

Le 20 décembre 1830, M. de Gallier, âgé de 73 ans,

ancien militaire, grand, sec, célibataire, contrarié dans ses opinions les plus intimes par la révolution de juillet, s'en occupant sans cesse, est atteint subitement d'une faiblesse très-marquée du côté droit du corps avec engourdissement; avec tiraillement de la bouche à gauche et de la langue à droite; il rêvasse tout aussitôt, balbutie d'une façon inintelligible, les mots lui manquent. A deux heures de l'après-midi, saignée de deux onces par la saphène, pédiluve sinapisé, lavement, julep stibié à un grain à prendre par cuillerées; le soir, seconde saignée de dix onces par la même voie, vingt sangsues à l'anus.

Le lendemain, la tête est plus calme, la parole moins embrouillée, la démarche moins incertaine, le bras se soulève avec plus de facilité, la paralysie commençante diminue. La potion émétisée est achevée dans la matinée et suivie d'un nouveau lavement, déjections alvines abondantes.

Le 3.ᵉ jour, les phénomènes apoplectiques continuent à s'atténuer, la figure et les paupières sont très-pâles et un peu bouffies; potages légers.

Le 4.ᵉ jour, la figure n'est plus aussi déformée, le malade ne divague en aucune façon.

Le 8.ᵉ, il parle avec assurance, dort d'un bon sommeil, mange une aile de volaille et élève sa main au-dessus de sa tête. Le 15.ᵉ, il sort et reprend ses promenades accoutumées.

Plus tard, il perdit la faculté de voir de son œil gauche, mais cet accident ne fut que momentané et se dissipa sans secours.

Insulte apoplectique traitée sans succès par les seules saignées locales, et suivie d'hémiplégie. — Un maître d'hôtel, petit, sec, très-maigre, valétudinaire, actif, toujours en mouvement de corps ou d'esprit, souffrait, depuis une ancienne chute, d'une forte migraine et s'ap-

pliquait à divers intervalles, des sangsues derrière les oreilles, quoique cette disposition maladive n'en fut pas diminuée. Ces maux de tête étaient presque continuels, et cet homme s'exténuait, lorsque servant à table, il tomba à la renverse, tout étourdi, et ne put se relever. Ce jour là, on donnait dans la maison un repas de trente converts; aussi avait-il été très-préoccupé, la figure rouge et avec les signes d'une fluxion sanguine cérébrale plus prononcée. Sa bouche se déforma en moins de quelques heures pendant lesquelles il déraisonna ou parut frappé de stupidité : en même temps, marche progressive de la paralysie du côté gauche qui commença d'abord par la jambe et qui était complète le lendemain matin. Des sangsues aux tempes et une petite saignée du bras furent mises en avant : l'extrême faiblesse du sujet ne permit pas davantage; mais on pouvait vraisemblablement faire mieux, en portant ces moyens loin du siège de la congestion.

Les saignées capillaires locales n'auraient-elle pas dans ce cas, entretenu et accru la tendance à l'hémorrhagie intra-cranienne; et sous leur influence, l'apoplexie ne se serait-elle pas ensuite formée insensiblement? peut-être un mode différent d'émissions sanguines eut fait avorter cette maladie comme dans les précédentes observations.

Apoplexie, paralysie subséquente, saignées révulsives, guérison. — Marguerite Reynard, femme très-robuste, a trois fois, depuis la cessation de ses menstrues, été frappée d'une apoplexie caractérisée par l'insensibilité générale, le sommeil comateux, la respiration bruyante et stertoreuse, la bouche déformée et les membres sans mouvemens. Trois fois d'abondantes saignées du pied, des sangsues à la valve, à l'anus, dont on laissait couler les piqûres pendant 15 heures, ont dissipé cette maladie sans

qu'il en soit resté d'autres suites qu'un grand sentiment de faibresse et la paralysie du côté gauche du corps. Celle-ci passait ensuite d'elle-même en quelques semaines. La dernière attaque d'apoplexie dura 72 heures ; cette femme fut saignée à la cheville, à deux reprises et très-fortement, on lui mit aux cuisses des ventouses scarifiées, sans parler des autres moyens employés.

M. Delorme, septuagénaire, grand et sanguin, né de parents morts apoplectiques, avait le cerveau embarrassé depuis assez longtemps, perdait quelquefois l'usage de la parole pendant deux ou trois minutes et se sentait lui-même menacé d'apoplexie, lorsqu'il fut pris subitement de paralysie du côté gauche et de déformaction de la bouche. Il était rouge, riant par mouvemens convulsifs, hébêté, ne pouvant bégayer une seule parole, laissant tomber de ses lèvres une bave épaisse, hors d'état d'avaler une goutte de liquide. Saignée d'une livre et demie par la saphène; six heures après, trente sangsues à l'anus; perte de sang considérable, décoloration et désenflement de la face. La faculté d'avaler, de tirer la langue et de parler s'est successivement et peu-à-peu rétablie, en même temps que la sensibilité et la motilité des membres frappés de paralysie.

Cet homme a vécu encore bien des années, toujours menacé de la tête, mais sans redevenir paralytique. Il s'est éteint, cet été, avec les jambes enflées et gangrénées, après avoir joui d'une bonne santé, hors les six derniers mois de son existence qui se passèrent dans un état de stupeur voisin de l'imbécillité.

Le 1.er novembre 1827, Vincent, menuisier, âgé de 72 ans, sanguin, sans trop d'embonpoint, fut frappé d'apoplexie. Il y avait paralysie du côté droit, stupeur générale, renflement, somnolence, dureté d'ouïe, déglutition difficile, déformation de la bouche, et sur les

lèvres une bave épaisse et filante; pouls large et peu fréquent; les yeux étaient fermés, les pupilles larges et immobiles, tous les sens et tous les mouvemens profondément anéantis. Une saignée au bras avait été déjà pratiquée quand j'arrivai près de ce malade; elle fut réitérée incontinent, et on fomenta les membres pelviens avec des linges chargés d'une décoction bien chaude de moutarde. Peu de temps après cette seconde saignée la paralysie diminua, et le malade souleva les membres affectés, mais avec effort et avec beaucoup de lenteur. L'après-midi, nul autre amendement, et sous quelques rapports symptômes plus graves, carus, engourdissement extrême, paroles vagues, rares, incohérentes, très-mal articulées; comme d'un homme qui bégaie en rêvant; même état du pouls. La saignée aux extrémités inférieures fut résolue, une livre de sang évacuée par cette voie, et on appliqua trente sangsues à l'anus. Le soir, nous obtînmes quelques paroles bien distinctes, moins de gêne dans l'acte de la déglutition, plus de liberté dans les mouvemens du côté paralysé, et le malade put rester les yeux ouverts pendant quelques minutes. Le lendemain, nouvelle saignée par la saphène sur le membre opposé à celui qui avait servi la veille. Les jours suivans, amélioration encore plus sensible; le malade bavant avec plus d'aisance, il lui est prescrit des tisanes purgatives. Les symptômes de cette grave apoplexie diminuèrent progressivement et s'effacèrent si bien, qu'il ne resta au malade qu'un peu de faiblesse dans le côté engourdi. Sa convalescence fut heureuse, mais longue; son âge et le grand nombre des saignées expliquent cette dernière circonstance.

Ce malade jouit encore aujourd'hui de tous ses sens, et marche beaucoup.

Le 24 juillet 1830, un garde du-corps tombe de cheval, courant après la voiture du Roi, reste étourdi sur le

coup, revient ensuite à lui, et pendant trois jours souffre d'une migraine assez forte et d'une espèce de courbature. Les journées de juillet surviennent et lui font éprouver les sensations les plus tumultueuses; il veut se battre et répugne à verser le sang de ses frères; il veut fuir ces scènes de mort, et se croit obligé de suivre son Roi; il l'accompagne jusqu'à Cherbourg, le cœur gros, la tête horriblement fatiguée, par un temps très chaud, au milieu des privations, et tombant quelquefois en lipothymie. Une gonorrhée qu'il avait se supprime, et à son retour dans Paris il est frappé d'un coup de sang qui le prive de la vue de l'œil droit, lui paralyse tous les muscles de cet organe et du côté droit de la face, et qui diminue dans cette partie la sensibilité de la peau. On le saigne, et un traitement convenable lui permet de regagner ses foyers. Il y arrive, l'œil droit fixe, parfaitement immobile, avec sa pupille élargie et sa paupière supérieure tombant aux deux tiers; le jeu de l'occipito-frontal, du surcilier, des élévateurs du nez et des lèvres totalement détruits, la bouche très-déformée et entraînée obliquement à gauche, la salive s'échappant involontairement; d'ailleurs, le pouls est calme, l'action des membres facile, l'intelligence saine, seulement le malade parait triste, rêveur, moins actif; il dort beaucoup et d'un sommeil très-profond, lui qui avait une toute autre habitude. Une dartre pustuleuse occupe les sourcils et les mains; des ulcères le gosier. La blennorrhagie n'ayant plus reparu, ces phénomènes sont présumés de nature syphilitique, et on rapporte en même temps à l'infection humorale les accidens de paralysie. Douze frictions avec l'onguent mercuriel, alternées avec des bains dans lesquels on faisait dissoudre deux gros de deuto-chlorure de mercure : plus tard, solution de Weikard. Ces diverses médications produisent peu d'effet.

Le malade m'est adressé par un très habile praticien, et aussitôt saignée du pied de vingt-quatre onces, suivie le lendemain de trente sangsues à l'anus, dont les piqûres fluent tellement, que cet officier pâlit et tombe presque en défaillance. On saigne une seconde fois et on revient aux sangsues, à quatre reprises, dans l'intervalle de six semaines. Tous les dix jours le malade se purge, tantôt avec une drachme de pilules de Belloste, tantôt avec une pinte d'eau de Sedlitz, dans laquelle on met fondre deux onces de sel de Glauber; il insiste sur des pédiluves et des lavemens, il boit des tisanes douces et nitrées. Sous l'influence de ces moyens et peu de jours après les premières évacuations sanguines, l'œil recouvre de la mobilité et la vision se rétablit; la paupière supérieure se relève, les plis du front reparaissent du côté affecté; dès que le malade contracte l'occipito-frontal, la commissure des lèvres est moins entraînée à gauche. Des lotions avec la mixture acide et sulfureuse de Dupuytren, et des douches de vapeurs, guérissent les pustules des sourcils et les dartres de la main, en même temps que les accidens de paralysie s'affaiblissent et que les ulcères du gosier se cicatrisent.

La cure devient bientôt entière; elle ne s'est pas démentie.

Dans ces divers cas d'apoplexie décidée et dans les premiers temps de la paralysie subséquente, j'ai employé de préférence et comme plus utiles que les autres, les saignées révulsives générales ou locales. Beaucoup de praticiens font de même et s'en trouvent bien.

J'ajouterai, pour en finir sur cet article, que les mêmes principes s'appliquent encore à la danse de Saint-Guy, à l'épilepsie, l'hypochondrie, l'hystérie, maladies dans lesquelles, au sentiment de Georget, Coste, de MM.

Falret, Boisseau, Serres, et Lisfranc (1), le cerveau est souvent l'organe le plus souffrant et le plus affecté.

Epilepsie accidentelle que des saignées dérivatives font persister, que des saignées révulsives guérissent. — Un jeune paysan de Monteux, à front rétréci en avant, à région occipitale développée, à cou large et court, livré à l'onanisme, tomba en de fréquens accès d'épilepsie. La saignée du bras, des sangsues à la tête et d'autres moyens furent opposés sans succès à cette maladie. Elle sévissait depuis près d'une année lorsque j'indiquai l'usage répété des saignées du pied et des applications de sangsues au périnée, au scrotum, à l'anus, me proposant par là de détourner l'irritation portée sympathiquement sur le cerveau, et qui, par sa persistance, menaçait de devenir idiopathique. On soustrayait en même temps beaucoup de sang aux organes prématurément irrités; dégorgement local qui, à ce degré, pouvait en diminuer l'excitabilité. D'ailleurs, autres révulsifs, tels que pédiluves, frictions sur le rachis avec le liniment de Rosen, lavemens d'eau froide savonneuse. L'esprit de cette consultation ayant été bien saisi, et le jeune homme s'étant corrigé, les attaques s'éloignèrent; elles ont cessé depuis plusieurs années.

J'ai étudié d'autres épileptiques que la saignée du pied soulageait mieux et pour plus longtemps que celle du bras.

Douze à quinze fois j'ai traité des chorées et toujours sur des enfans de huit à quinze ans, et plus particulièrement sur des petites filles. Pour ceux qui étaient maigres, décharnés, d'un système sanguin peu riche, méthode

(1) *De la physiol. du système nerveux et spécial. du cerv.* — *Des caus. de l'hyp. et du suit.* — *Journ. univ. des Sc. méd.*, t. XXV, p. 28. — *Journ.-gén. de Méd.*, tom. C.

simplement rafraîchissante; pour les autres, j'y associai des saignées révulsives générales et capillaires.

M. Lisfranc a combattu cette même affection par des saignées locales, mais dans le cas qu'il rapporte, les règles survinrent, et cet écoulement parut influer sur les progrès vers la guérison plus que ne l'avaient fait les sangsues appliquées au rachis. L'art aurait donc dû imiter la nature.

Au reste, soit dit en passant, l'opinion qui place dans les parties centrales du cerveau le siége de la danse de Saint-Guy, (1) explique le succès de tant de moyens empiriques dirigés contre cette maladie. Ils produisent sur les viscères abdominaux une révulsion à leur manière, plus cruelle, plus douloureuse, souvent suivie d'une convalescence pénible; mais enfin ils guérissent. N'a-t-on pas même, à l'hôpital de la Charité de Paris, employé contre cette névrose qui ne réclame que des moyens très-simples, le traitement usité dans cet hôpital contre la colique de plomb (1)?

L'ouverture de la saphène et des sangsues à l'anus, en établissant des courans contraires à ceux qui tourmentent les hystériques et les hypochondriaques et qui font affluer le sang à leur cerveau, les soulagent encore plus efficacement que toute autre méthode. Les exemples en sont communs, en voici un, remarquable sous un autre rapport.

Accès d'hystérie, sueur de sang; bon effet des saignées révulsives. — Une fille de 20 ans, petite, sanguine, irré-

(1) Sur les cadavres de quatre personnes mortes atteintes de chorée, M. Serres a rencontré une inflammation des tubercules quadrijumeaux, avec une altération plus ou moins avancée de leur substance.

(2) Voy. *le Bulletin des Sc. méd. de la Soc. de Méd. d'Evreux*, juillet 1821, p. 302.

gulièrement menstruée, à cerveau peu développé, d'esprit faible, paresseuse et opiniâtre, portée à la vie contemplative, était chagrinée par ses parens pour avoir abjuré le protestantisme : elle s'enfuit de la maison paternelle, alla chercher un asile chez plusieurs personnes, et fut enfin mise à l'hôpital. Elle avait alors des attaques d'hystérie qui se manifestaient par des convulsions générales, par une exquise sensibilité des régions pubiennes et hypogastrique, par des bruits et des mouvemens singuliers dans le ventre, par des étouffemens avec hoquets, sanglots et constriction du larynx.

Lorsque l'accès hystérique était violent et se prolongeait pendant trente-six heures, la malade entrait dans une sorte d'extase, les yeux fixes, l'intelligence comme absorbée, les mouvemens nuls ou automatiques, murmurant parfois des prières, et ayant dans cet état une sueur de sang sur les pommettes et à l'épigastre. Ce liquide s'échappait par gouttes ténues, semblables à celles de la rosée, et tachait le linge. Tout le système capillaire cutané était injecté dans la partie qui était le siége de cette hémorrhagie, la peau y était d'un rose vif et couverte d'arborisations vasculaires. Ce phénomène, dont j'ai été souvent le témoin, se renouvelait toutes les fois que la catalepsie hystérique durait longtemps ou s'exaltait par l'impatience de la malade ; car, dévote à sa façon, elle était très-emportée et démentait par son caractère aigre l'idée de sainteté que cette sueur de sang donnait d'elle à des personnes pieuses et peu éclairées.

Ces accidens durèrent près de trois mois, ils furent combattus d'abord sans succès par des saignées capillaires autour de la tête et des organes sexuels. Ils cédèrent assez rapidement aux saignées révulsives répétées et à d'autres topiques révulsifs. Le mariage et la maternité ont garanti cette malade de toute rechute.

Les praticiens peuvent ici se rappeler combien d'hystéries et d'hypochondries ont guéri par une médication révulsive quand tout auparavant était resté inutile.

Voici quelques réflexions générales qui naissent du sujet.

Les anciens, dans les grandes inflammations, commençaient d'ordinaire par les saignées révulsives et passaient ensuite aux autres : les Arabes furent non moins attentifs à cette règle de pratique, et c'est-là surtout ce qu'ils firent de sage. Après la découverte de la circulation, on sentit mieux encore l'importance de la saignée et des diverses sortes de saignées, on comprit que leurs effets devaient varier selon la période de la maladie où on les pratiquait, selon le vaisseau qui était choisi. Mais au lieu de s'en tenir aux résultats comparatifs de l'observation, les médecins se perdirent dans une foule d'hypothèses subtiles, empreintes de l'esprit du temps, de calculs géométriques. On confondit la révulsion et la dérivation, on les fit coexister dans tous les cas, on les divisa en constantes, en variables, on en expliqua les phénomènes par A plus B, on embrouilla si fort cette question que, fatigués de tant de disparates, des hommes à allures vives et tranchantes prirent le parti le plus court, celui d'affirmer que toutes les saignées se ressemblaient et se bornaient à diminuer le volume de la masse du sang. Cette facile hypothèse, lancée avec irréflexion, ne fut point généralement admise ; Barthez et d'autres graves personnages crurent à la diversité des effets de l'évacuation sanguine, selon la manière dont elle était pratiquée. Pour mon compte, j'ai recouru souvent, dans des occasions analogues, à tel ou tel mode de saignée, j'ai examiné ensuite quels malades guérissaient le mieux et le plus vite ; et ce sont ces essais qui me font regarder comme révulsive toute évacuation sanguine qui attire le mouve-

vement du sang loin de l'organe engorgé; et comme saignée dérivative, la soustraction aussi immédiate, aussi directe que possible du sang qui s'arrête dans la partie enflammée. De là la maxime que celle-ci ne convient au début des maladies que si elle suffit à opérer un parfait et prompt dégorgement, comme, par exemple, les sangsues à l'anus dans la colite modérée; que dans le cas contraire elle est inutile, souvent dangereuse. Car, lorsqu'elle n'épuise pas la fluxion morbide, elle peut l'augmenter par la fluxion artificielle qui s'ensuit. Ainsi, et comme conséquence de ces principes, dans les graves inflammations, surtout des organes épais ou moelleux et délicats comme le cerveau, pour les débarrasser énergiquement, en attirant le sang dans des directions opposées à celles que lui imprime le stimulus phlegmasique, mieux vaut la saignée révulsive et répétée. L'autre ne convient alors qu'au moment où la phlegmasie, déjà affaiblie, peut s'évanouir complètement par la soustraction plus immédiate des fluides encore engagés. C'est, au reste, Barthez qui précisa de la sorte la révulsion et la dévation, mais sans faits à l'appui de ses paroles.

Du choléra à l'hôpital des Enfans-Malades, principalement dans le service de M. Guersent; par M. Rufz, *interne.*

C'est le 31 mars que fut porté dans cet hôpital le premier enfant atteint du choléra. Comme on s'attendait aux abondantes évacuations si notables dans le choléra sporadique, et que cet enfant, c'était une petite fille, n'offrait que quelques selles et quelques vomissemens, accidens auxquels sa mère la disait sujette, ce cas fut considéré

comme un cas douteux (1). Mais l'expérience acquise plus tard a dissipé les doutes, et M. Guersent reconnaît aujourd'hui que cet enfant était vraiment une cholérique.

Du 31 mars à ce jour, 30 juin (2), 111 enfans, frappés du choléra, ont été reçus dans l'hôpital; ce nombre est peu considérable, comparativement au chiffre total des victimes du fléau. Mais à cause de la gravité du mal et de l'urgence des secours, les autres hôpitaux situés plus au centre de la ville et destinés aux adultes ont admis des enfans. Cependant, même dans ceux-ci, le nombre des enfans n'a pas été proportionnel à celui des adultes. Dans les bulletins officiels publiés par les journaux le nombre des enfans morts n'était pas porté pour Paris, au commencement de mai, au-delà de 833. L'hôpital des Enfans-Trouvés, rue d'Enfer, n'en a compté que 8 depuis le commencement de l'épidémie, et celui des Orphelins, de la rue Saint-Antoine, 6 ou 8 seulement. Ainsi il paraît démontré que le choléra a beaucoup moins sévi sur les enfans que sur les adultes.

Sexe.......	58 garçons.......	53 filles.	
		Garçons,	Filles.
Age.......	De 1 à 5 ans....	— 25....	— 12.
	5 à 10 ans....	— 15....	— 25.
	10 à 15 ans....	— 19....	— 15.

Les deux plus jeunes enfans admis dans l'hôpital avait l'un 11 mois, l'autre 18. Je tiens de M. Baron, médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés, que le plus jeune enfant qui ait succombé dans son hôpital avait 14 mois. Cependant M. Baudelocque, médecin de notre hôpital, a vu des enfans, évidemment cholériques, âgés de 2 mois, de 5 mois et de 9 mois.

(1) Aucun facies de malade ne ressemble plus au facies cholérique que celui d'un enfant miné par une gastro-entérite chronique.

(2) Du 1.er au 20 juillet sept enfans sont entrés cholériques, et deux ont été pris de la maladie dans nos salles même.

Le nombre des malades fut de 101 en avril, principalement dans la première quinzaine; le maximum fut du 12 au 15, 12 malades par jour. Il n'en est venu que 3 dans tout le cours de mai, et 7 en juin, principalement dans ces derniers jours. La journée du 27 juin en a amené 3 aussi gravement atteints que dans les premiers jours de l'épidémie.

Ces enfans nous sont venus de tous les arrondissemens de Paris et de quelques communes de la banlieue, Montrouge, Vaugirard et Grenelle; mais le plus grand nombre sortaient du 10.me arrondissement; probablement à cause du voisinage et aussi parce que c'est un des quartiers où le mal a fait le plus de ravage.

Six enfans traités dans l'hôpital pour d'autres affections ont été atteints sous nos yeux du choléra. C'étaient six petites filles. Il est remarquable que deux ont été frappées le lendemain même du jour de l'entrée de la première cholérique. Elles étaient couchées dans une salle voisine de celle où la malade avait été placée.

Mais deux autres étaient dans la salle des scrofuleuses, qui est séparée du reste de l'hôpital par un vaste jardin (1).

La plupart de ces enfans semblaient d'une bonne constitution: d'après les récits des parens il ne paraissait pas qu'ils eussent souffert de privations; mais il est remarquable que beaucoup avaient perdu leur père ou leur mère, ou bien sortaient de maisons dont plusieurs habitans avaient succombé à l'épidémie.

---

(1) Sur près de 600 enfans renfermés dans l'hôpital, six filles seulement ont été frappées du choléra; sur cent trois employés, sept ont éprouvé des accidens plus ou moins graves, et cependant l'hôpital était placé tout contre l'hôpital Necker, encombré de cholériques, et dans le 10.me arrondissement, qui a été maltraité. Les malades atteints de l'épidémie n'étaient point séquestrés. Ce fait peut servir à ceux qui s'occuperont de la question de contagion.

Il n'est venu de cholériques que d'un seul pensionnat, bien que ces établissemens soient si nombreux dans les 10.me, 11.me et 12.me arrondissemens. Celui-ci nous envoya cinq petites filles.

Invasion et prodrome. — Il n'a pas toujours été facile de recueillir des détails exacts sur le début de la maladie; chez les malades qui nous étaient portés dans la période algide, généralement elle paraissait avoir été précédée de dérangemens dans la digestion et surtout de diarrhée sans douleurs. Les six petites filles atteintes sous nos yeux avaient des diarrhées habituelles, complications de leurs affections de poitrine. La diarrhée augmenta quelques jours et dans un cas seulement quelques heures avant que la malade eut présenté le facies cholérique et attiré notre attention. Il est des cas pourtant où l'invasion paraît avoir été plus soudaine. Le dimanche 8 avril une femme nous apporta, sur les dix heures, sa petite fille, âgée de trois ans, qu'elle disait malade depuis le matin seulement; la petite fille était bleuâtre et dans la période algide du choléra. Une heure après cette pauvre mère revint avec son autre fille âgée de 18 mois. Elle était sortie, nous dit-elle, quelques instans pour aller voir son mari porté la veille à la Charité, et à son retour elle avait trouvé dans l'état où nous la voyons, bleue et mourante, sa petite fille qu'elle avait laissée bien gaie, bien portante et bien *rougeote. Oh! la belle journée que j'ai faite,* s'écriait cette femme, *mon mari et mes deux enfans!* Jours de désolation!...

Cependant nous devons dire que sur vingt-cinq petites filles et sur autant de petits garçons, portés dans l'hôpital durant ces jours d'épidémie, avec l'ensemble des symptômes désigné sous le nom de cholérine, nous n'en avons vu aucun passer à l'état de choléra.

Fonctions de la digestion. — Les vomissemens et les

évacuations alvines n'ont jamais été excessifs. Les selles dans le choléra algide étaient quelquefois involontaires. Chez deux malades elles furent accompagnées de tenesmes, leur matière était blanchâtre, pareille à une décoction de gruau, ou bien à de la frangipane délayée dans de l'eau; leur odeur était nauséabonde. Chez une malade les selles furent sanguinolentes; nous en verrons la cause aux résultats de l'examen nécroscopique. Elles se supprimaient promptement en moins de 24 heures et étaient remplacées par de la constipation (1).

La matière des vomissemens était généralement plus claire. Mais chez quelques malades elle fut verdâtre.

Presque tous les enfans ont eu le ventre douloureux et rétracté; mais chez quelques-uns cette région est restée souple et indolore même sous la pression.

La soif, chez toutes, fut très-vive; la langue, naturelle et blanchâtre, était froide chez celles qui ont succombé dans la période algide, elle s'est desséchée et encroûtée chez trois qui sont tombées dans la période typhoïde.

Trois petits malades ont rendu des ascarides lombricoïdes pendant la vie; et chez quatre il en a été trouvé après la mort dans les intestins. La proportion serait la même si on faisait le relevé des autres malades chez lesquels on trouve des vers intestinaux et qui ont succombé à d'autres affections aiguës (1).

La sécrétion des urines a été généralement suspendue. Sa réapparition dans trois cas a été un symptôme favorable. Mais chez deux malades qui ont succombé, j'ai vu les urines couler jusqu'à la fin; elles étaient toujours claires et limpides. Traitées par l'acide nitrique, elles n'ont donné à M. Baudelocque aucun résultat.

---

(1) Nous avertissons que notre appréciation numérique est établie sur trente-un malades observés dans le service de M. Guersent.

L'appétit, nul pendant le fort de la maladie, se réveillait avec énergie au moment de la convalescence.

Une petite fille s'est plaint de sa gorge. La déglutition a paru gênée chez elle.

Fonctions de la respiration.—Deux malades ont paru en proie à une suffocation extrême. La respiration était haute et suspirieuse. L'une d'elles a succombé. Les poumons n'ont offert aucune altération. L'haleine était faible et froide chez toutes. La plupart avaient des baillemens, des pandiculations, ouvraient largement la bouche, comme pour humer l'air et rappelaient assez bien l'expérience physique d'oiseaux mis sous une cloche, où l'on fait le vide, ou bien dans laquelle le gaz acide carbonique est mélangé à l'air dans des proportions impropres à la respiration. Du reste l'auscultation n'a révélé aucun râle dans aucun cas. Une fois la percussion fit entendre un peu de matité, il y avait effectivement une pneumonie. L'affaiblissement de la voix a été fréquemment remarqué. Il arrivait rarement aux cholériques de crier; c'est surtout à leurs cris qu'on s'apercevait de l'altération de la voix.

Fonctions de l'innervation. — Chez les enfans dont l'intelligence peut être appréciée nous avons vu qu'elle restait nette, même dans les derniers momens. Deux ont eu un peu de délire; quelques-unes au lieu d'être engourdies dans la période du froid s'agitaient en tous sens; mais le plus grand nombre s'abandonnaient à une somnolence profonde. Je n'ai observé que dans un seul cas un grincement de dents convulsif dans les derniers momens de la vie. M. Guersent a vu dans la ville un plus grand nombre de fois de véritables convulsions.

Deux ou trois ont accusé des crampes, et jamais, même dans ces cas, ce symptôme ne fut assez prononcé pour exiger l'emploi de quelque moyen particulier pour soulager les malades. Il résulterait, d'après le rapport de M. Bau-

delocque, que ce symptôme, bien que peu fréquent chez les garçons, aurait été néanmoins plus notable, surtout chez les plus jeunes.

Le facies variait suivant les différentes périodes de la maladie. Dans la période algide, les yeux (1) étaient enfoncés dans leurs orbites, entourés d'un large cercle brunâtre, largement ouverts et hagards. Les joues et le front d'un gris terreux, cadavérique. Le nez froid, les lèvres violacées.

Dans la période de réaction, les conjonctives étaient injectées, les paupières restaient closes comme celles d'une personne endormie et les joues d'un rouge malvacé.

Chez la plupart de nos malades le refroidissement a été porté très-loin. La chair des membres était alors vraiment froide et dure comme du marbre. Les extrémités étaient très-violacées. Il est remarquable que c'est surtout dans ces cas que les enfans se plaignaient d'une soif vive, et d'une chaleur interne insupportable. Mais chez quelques autres la réfrigération n'a pas été aussi grande. Les enfans restaient plusieurs heures et même plusieurs jours dans un état que j'appelerai de *sub-calorification;* c'est-à-dire que la peau était inégalement refroidie et offrait à ceux qui la touchaient une fraicheur désagréable, pareille à celle que fait sentir le toucher d'un animal à sang froid.

Fonctions de la circulation. — Le pouls, insensible pendant le froid, s'est presque toujours relevé sous l'influence de nos moyens de traitement, et s'est maintenu entre 84 et 96 pulsations dans la plupart des cas. Chez deux petites filles qui ont succombé dans la période de

(1) La promptitude avec laquelle paraît et disparaît l'enfoncement des yeux dans le choléra, ne pourrait-elle pas faire considérer cet enfoncement comme le résultat de *crampes*, ou contractions des muscles de l'œil ? Je me suis assuré que les humeurs de l'œil n'étaient pas diminuées, et la résorption du tissu cellulaire de l'orbite n'est pas chose facile à apprécier.

réaction, le pouls est monté à 130. L'impulsion du cœur était généralement faible, aux approches de la mort : j'ai vu plus de cinq minutes d'intervalle entre les quatre derniers battemens du cœur.

Marche de la maladie. — Une malade est morte avant d'être dans les salles, étant encore dans l'escalier.

Une, un quart d'heure après être entrée.

Deux, trois quarts d'heure après.

Une, cinq heures après.

Une, neuf heures après.

Ces six petites malades sont restées dans la période algide, elles n'ont pu être réchauffées, quelque moyen qu'on ait employé. Les extrémités sont devenues de plus en plus froides et violettes, la voix s'est affaiblie, et les enfans se sont éteints sous nos yeux.

Deux sont mortes dans les vingt-quatre heures de leur entrée.

Deux, le troisième jour.

Trois, le quatrième jour.

Une, le cinquième jour.

Une, le huitième jour.

Deux, le neuvième jour.

Ainsi, les malades qui sous nos yeux ont lutté le plus long-temps contre la mort, ont vécu neuf jours. Celles-ci, comme toutes celles qui ont passé plus de quelques heures à l'hôpital, ont toutes éprouvé un mouvement de réaction plus ou moins prononcé. Cette réaction arrivait lentement, et se manifestait par le retour du pouls, la coloration de la face, l'injection des conjonctives, la somnolence, rarement par le délire et toujours par la chaleur de la peau, mais jamais cette chaleur n'a été comparable à la chaleur âcre dégagée dans les affections typhoïdes. Les réactions les plus prolongées ont été observées surtout chez des jeunes filles de dix à quinze ans; je n'ai vu qu'un enfant de quatre ans arriver au quatrième jour.

La violence de la réaction nous a toujours paru en raison de la durée du froid ; chez deux malades, la période algide s'est prolongée pendant vingt-quatre à trente-six heures.

Chez quatre malades, il n'y eut jamais ni grand froid ni forte réaction, elles sont restées dans un état de somnolence qui a été le phénomène le plus remarquable de leur maladie.

Dix malades ont guéri, la plus jeune avait trois ans. Chez toutes, la convalescence fut longue, retardée par une grande faiblesse, des sueurs abondantes, et quelques vomissemens, accidens qui indiquaient qu'il fallait encore ménager le canal digestif, bien que les malades manifestassent un grand appétit. MM. Baudelocque et Jadelot à l'hôpital, et M. Guersent, dans la ville, ont vu des convalescences plus rapides.

Nous n'avons observé aucune rechute véritable; mais des petites filles qui avaient eu le choléra à l'hôpital ou dans la ville, nous ont été amenées avec des accidens divers qui paraissaient avoir succédé à l'affection première.

Une avait une fièvre rémittente qui céda au sulfate de quinine.

Sa sœur présentait de la raideur dans les membres avec assoupissement continuel et œdématie de la face, accidens qui ont cédé à quelques applications de sangsues.

Une a succombé à une péritonite tuberculeuse qui existait avant le choléra. Sa convalescence ne fut jamais parfaite.

Une a eu une pneumonie mortelle; une, une ophthalmie et cinq la rougeole; quatre de ces dernières ont succombé, une fois la rougeole a éclaté au milieu du choléra avant que les graves accidens eussent cessé. M. Guersent a vu en ville le même phénomène.

Nous avons dit que des malades affectées de quelque

autre affection chronique avaient été prises du choléra intercurrent.

Deux offraient une péritonite tuberculeuse.

Deux des abcès scrofuleux.

Une était phthisique.

Et l'autre avait un vaste abcès du poumon contenant un kyste.

Chez toutes les cinq, la marche de la maladie fut très-rapide, elles succombèrent en moins de vingt-quatre heures dans la période algide, sans qu'on ait pu éveiller chez elles aucune réaction; mais l'une de celles qui avaient une péritonite tuberculeuse put arriver jusqu'au septième jour. Il y eut même chez elle une amélioration notable, à la suite des évacuations, le ventre parut moins ballonné, et nous crûmes un moment que le choléra pouvait être pour elle *une chance de guérison.*

Pronostic. — J'ai vu des adultes aux prises avec le choléra; leur aspect m'a toujours plus effrayé que celui des enfans frappés du même mal; l'intensité des symptômes, dans les deux périodes de froid et de réaction, est réellement moins considérable chez ces derniers.

Sur vingt-huit enfans pris du choléra algide, chez vingt-deux nous avons pu éveiller la réaction, et sur cent dix-sept malades, la mortalité fut de soixante-six.

Les symptômes favorables et les symptômes défavorables sont les mêmes chez les uns et chez les autres.

« L'âge n'est pas sans influence ; sur quatre enfans âgés » d'un an, trois sont morts; sur dix enfans âgés de deux » ans, sept ont succombé, et sur douze âgés de trois ans, » dix sont morts, tandis que sur six âgés de quatre ans, » trois sont morts. Des chances plus grandes de guérison » semblent donc exister à mesure que les enfans sont » plus avancés en âge. M. Baudelocque a vu guérir un » enfant âgé de deux mois. » (*Extrait du rapport de*

M. Baudelocque.) La constitution doit aussi être prise en considération : toutes nos petites filles faibles ont péri. Cependant quelques-unes ont offert une longue résistance.

Résultats nécroscopiques. — Chez les six sujets morts dans la période algide, nous avons trouvé chez cinq le cerveau et les méninges très-injectés. Les poumons sains. l'oreillette droite distendue par des caillots d'un sang noir visqueux, le système veineux rempli par ce même sang, et paraissant comme injecté avec du bleu de Prusse; deux fois l'estomac offrit une rougeur piquetée, trois fois nous trouvâmes dans l'intestin grêle et dans le gros intestin des plaques rouges, mais réunies elles n'auraient pas offert une longueur de plus d'un pied à un pied et demi; trois fois les plaques de Peyer étaient rosées, et dans cinq cas, les reins, le foie et la rate étaient gorgés de sang; mais chez un quatrième, non-seulement les organes parenchymateux, mais toute la longueur du canal intestinal, les poumons et le cerveau étaient d'une décoloration remarquable. On eût dit que la malade avait succombé à une hémorrhagie, bien qu'elle n'offrit que les traces d'une application de douze sangsues.

A cette période nous avons trouvé toujours dans tous les intestins une matière blanchâtre et abondante pareille à celle qui était rendue par les évacuations; dans deux cas cas elle était mélangée avec de la bile jaunâtre. La vésicule biliaire était toujours remplie par une bile verdâtre, très-abondante. La vessie toujours vide et contractée sur elle-même.

Chez onze enfans, morts après un mouvement de réaction plus ou moins prononcé, le cerveau, la moelle épinière ont paru gorgés de sang, mais pas plus que chez les sujets de la série précédente. Deux fois, une entr'autres chez la petite fille qui eut des convulsions, la substance cérébrale fut trouvée plus molle. Généralement il

s'écoulait à l'ouverture du crâne et du rachis peu de sérosité.

Côté droit du cœur, veines cardiaques, gros troncs veineux et artériels comme précédemment tout gorgés de sang.

Les poumons offraient généralement une stase sanguine à leur base plus prononcée que dans les sujets morts pendant le froid, et chez trois nous trouvâmes les traces d'une hépatisation violacée dans le lobe inférieur; l'une de ces dernières était arrivée au neuvième jour.

L'estomac fut trouvé sept fois à l'état sain, trois fois il offrit une rougeur piquetée, une fois des ecchymoses.

L'intestin grêle, quatre fois sain, offrit des rougeurs arborisées sept fois, une fois ces rougeurs réunies auraient pu occuper une étendue de cinq à six pieds. Le gros intestin nous parut toujours sain. Dans cette période le canal intestinal nous offrit plus souvent des matières verdâtres ou jaunâtres.

Ce sont là les plus notables altérations que nous ait offertes la membrane muqueuse intestinale. Cependant je dois dire que M. Gaucherand, interne dans la division des garçons, a trouvé des ulcérations commençantes au centre des plaques de Peyer chez un sujet mort dans la période de réaction.

L'état des autres organes était le même que chez les sujets morts dans la période précédente.

Chez les six petites filles traitées pour une autre maladie et qui ont succombé au choléra intercurrent, indépendamment des altérations organiques causes de l'affection primitive, nous avons trouvé toutes les altérations du choléra.

Chez une il existait des ulcérations dans le canal intestinal; elle avait eu des selles sanguinolentes, et la surface

des ulcères rouge et fongueuse fut reconnue pour le siége de l'exhalation sanguine.

Enfin cinq autres petites filles qui avaient eu le choléra, furent prises pendant leur convalescence de rougeole avec pneumonie, et succombèrent à ces nouvelles affections; nous n'avons trouvé après l'examen nécroscopique aucune lésion qui pût être rapportée au choléra. Chez une, il existait une altération du foie, celui-ci était double de son volume, jaune, gras, se déchirant très-facilement, et offrant un aspect granulé remarquable: il y avait en même temps colite très-intense.

Traitement. Durant les premiers jours de l'épidémie, M. Guersent est resté indécis comme tout le monde; mais bientôt, au milieu des mille moyens vantés et exaltés, démentis et discrédités de la veille au lendemain, il reconnut que le médecin ne devait pas désespérer de son art, prendre en défiance toutes ses études passées, repousser la lumière d'une longue pratique pour se vouer aux hazards de l'expérimentation; il ne douta pas que dans le choléra, comme dans bien d'autres maladies, dont la cause première nous échappe, les meilleures indications ne soient encore tirées de l'âge et de la constitution des malades, des circonstances hygiéniques où ils étaient placés, des symptômes de la maladie, et de leur comparaison avec les lésions anatomiques : toutes choses qui peuvent être étudiées, appréciées et calculées par l'observation; il ne crut pas que les agens thérapeutiques dont nous connaissons l'action dans d'autres troubles de l'économie, dussent dans celui-ci rester tout-à-fait impuissans, et pensa qu'il fallait seulement chercher le moment et la manière la plus convenable de s'en servir; dès-lors on conçoit qu'il n'a pas existé dans nos salles un traitement consistant dans l'emploi de moyens plus ou moins singuliers et qui puisse être appelé *Traitement de M. Guersent.* Ce médecin a

fait de la médecine ordinaire, c'est-à-dire qu'il a pratiqué un art dont il faut connaitre les secrets.

Pour faire participer nos lecteurs aux fruits de cette *conduite*, nous ne croyons pas pouvoir mieux faire, que de citer trois observations de guérison.

La science possède, hélas, assez de cas où son insuffisance est démontrée! On ne peut pas dire qu'elle a été flattée.

Obs. I.° — Annette, âgée de 15 ans, entra à l'hôpital le 5 avril, à neuf heures du matin. Constitution robuste. Cette jeune fille est arrivée de Fribourg en Brisgaw, il y a neuf jours. Elle parait avoir souffert des privations, elle a été employée comme domestique sur le quai des *Ormes*. Le 1.er avril, elle fut prise de dévoiement sans douleur. Le 4, elle se sentit plus malade. Dans la soirée, elle commençait à vomir, eut des crampes pendant la nuit, et fut portée le 5, au matin, dans l'état où nous la voyons. A son entrée, yeux caves, éteints, bordés d'un large cercle brunâtre; affaissement, réponses justes, mais lentes; nez et extrémités froides et violacées; décubitus dorsal; soupirs profonds; langue pâle, disposée à se sécher; soif; vomissemens de matières aqueuses; épigastre sensible sous la pression; quelques coliques; abdomen rétracté; selles nombreuses d'une matière blanchâtre et granulée; un peu de toux; peau fraîche; pouls fréquent, presque insensible. (Bain élevé successivement de 27 à 34°. Camomille édulcorée avec une demi-once d'acétate d'ammoniaque, par pinte; frictions avec le liniment Hongrois; cataplasmes sinapisés; potion gommée avec 15 gouttes de laudanum de Rousseau (1).

(1) Dans les premiers jours, pour réchauffer les malades, M. Guersent avait recours aux bains et aux boules d'eau-chaude placées autour du corps; mais ces moyens réchauffaient mal. Il s'est mieux trouvé de les envelopper dans des couvertures de laine à longs

Le pouls se releva après le bain, et dans la soirée, il y eut un commencement de réaction.

Le 6, affaissement; état de *subcalorification ;* quelques vomissemens; point de selles; pouls fréquent. (Huit sangsues ; frictions avec liniment Hongrois ; sinapismes aux jambes ; infusion de yapana.) Même état dans toute la journée ; la réaction se développe lentement (1).

Le 7, même affaissement ; même facies que le premier jour; encore un vomissement ; plusieurs selles jaunâtres ; fraîcheur de la peau ; pouls à 84. (Même prescription.)

Vers trois heures, la réaction se développe ; le pouls s'élève ; la face est colorée ; la malade se plaint du ventre. (quinze sangsues autour de l'ombilic.)

Le 8, légère amélioration ; la malade n'a pas vomi ; quelques selles verdâtres. (Même prescription.)

Le 9, la journée a été assez calme. Ce matin, faiblesse extrême ; vomissemens verdâtres ; abdomen sensible sous la pression ; langue naturelle ; soif ; plusieurs selles ver-

---

poils qu'il faisait tenir toujours prêtes sur des paniers d'osier, dont on se sert dans les bains pour chauffer le linge. Par-dessus les malades ainsi enveloppées, on continuait de promener une bassinoire. Il n'y en eut aucune, si froide qu'elle fût en entrant, qui ne fût réchauffée par ce moyen. Peut-être que le corps d'un enfant, à cause de son volume plus petit, et de l'activité plus grande de la circulation, est aussi plus facile à réchauffer que celui d'un adulte.

M. Guersent fit aussi usage des frictions, avec différens linimens, sur la foi de leur réputation vulgaire, mais bientôt il y renonça parceque les inconvéniens de ce moyen de réchauffer égalent au moins ses avantages. A mesure qu'on réchauffe une partie, une autre mise à découvert se refroidit. Dans un hôpital surtout les bras manquent aux frictions ; la rareté des crampes chez les enfans invite aussi beaucoup moins à les frictionner.

(1) M. Guersent fit d'abord usage des infusions légèrement stimulantes de camomille, de thé et de yapana ; mais bientôt il y renonça pour l'eau de gomme dans toutes les périodes.

dâtres; urines; pouls à 96; fraîcheur de la peau; décubitus dorsal; très-peu de mouvement. (Large vésicatoire sur l'épigastre; sinapismes aux extrémités inférieures; eau de gomme.)

Dans la soirée, réaction assez marquée. (Huit sangsues à l'ombilic.)

Le 10, nuit agitée; toujours grande faiblesse; lipothymies aux moindres mouvemens qu'on lui imprime; pouls à 96; peau fraîche; assoupissement. (Gomme; sinapisme; quatre sangsues derrière les oreilles.)

Le 11, figure plus animée; toujours même affaissement; langue humide, rosée; abdomen sensible sous la pression; point de vomissemens ni de selles; pouls 92. (Gomme; lavemens émolliens; 8 sangsues à l'épigastre.)

Le 12, un peu moins d'affaissement; face plus naturelle. A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliore de plus en plus. Le 14, on lui permit un bouillon; le 16, une soupe, le 20, un œuf. Le 28, elle sortit guérie, mais encore faible et pâle.

En résumé nous voyons dans cette observation les moyens légèrement excitans employés dans la période de froid, être remplacés dans les momens de réaction par la méthode antiphlogistique, mais l'une et l'autre méthodes ont été mises en usage avec modération. Le médecin s'est borné à seconder et à diriger les mouvemens de la nature. Dans aucun cas, il n'a voulu agir par perturbation. Aucun excitant violent n'a été administré, aucune saignée générale n'a été pratiquée dans la période de froid; sur trente-un malades, celle-ci n'a même été pratiquée qu'une seule fois dans un cas de réaction poussée jusqu'au degré dit typhoïde. Mais des applications de sangsues, tantôt sur le ventre tantôt derrière les oreilles, suivant que les symptômes dominaient du côté du ventre ou de la tête, ont été répétées jusqu'à cinq et six fois chez les mêmes enfans.

IIe *Obs.* — Mercier, âgée de 3 ans, entrée le 10 avril, dans l'après midi, malade depuis trois jours, elle a été prise de vomissemens et de diarrhée. A son entrée : facies cholérique; froid; vomissemens. (neuf gouttes de laudanum dans trois cuillerées d'eau, réchauffer) (1).

11, Facies cholérique, extrémités froides, langue humide, rosée, les vomissemens ont été arrêtés, deux ou trois selles blanchâtres, pouls insensible, abdomen rétracté.

Sur les trois heures, mouvement de réaction marqué par le retour du pouls, la coloration de la face et un peu d'agitation. (Six sangsues sur le ventre.)

12, Yeux caves, affaissement, point de vomissemens ni de selles, plus de chaleur à l'abdomen, pouls à 104. (Gomme, sinapismes, vésicatoire entre les épaules.)

Légère surexcitation dans la soirée, face très-rouge, pouls plus élevé. (Six sangsues derrière l'oreille.)

13, Même état qu'hier matin. (Mauve édulcorée, julep, gomme, sinapismes.)

14, Facies meilleur, moins d'assoupissement. A partir de ce jour, la convalescence commença, mais elle fut longue; l'enfant était triste, sa figure pendant le sommeil se couvrait de sueur, plusieurs fois nous craignîmes quelque rechute, mais enfin le 29 avril elle put sortir complètement guérie.

On voit se reproduire dans cette observation le même mode de traitement que dans le précédent. L'âge de

(1) Dans les premiers jours, pour combattre les selles et les vomissemens, l'opium était prodigué en lavemens et en potion, mais M. Guersent craignit que ce moyen ne contribuât à augmenter l'assoupissement dans lequel tombaient plusieurs malades. Pour arrêter les vomissemens, il s'est contenté de quelques gouttes de laudanum dans de l'eau pure, et ce moyen a toujours réussi. Quant aux selles, elles n'ont jamais été assez opiniâtres pour exiger une médication spéciale.

l'enfant a été pris en considération. M. Guersent s'est abstenu d'excitans à l'intérieur, et il a été plus modéré dans l'emploi des émissions sanguines.

III.e *Obs.*— Car. Desjardins, âgée de 10 ans, entrée le 19 juin à 6 heures du matin, constitution moyenne. Elle est malade depuis quarante-neuf heures environ; au début, vomissemens, dévoiement, mange néanmoins, les accidens augmentent. Cet enfant a perdu sa mère du choléra. Yeux caves, entourés d'un cercle bleuâtre, extrémités froides, violacées, lèvres et langue froides, celle-ci blanchâtre, soif, point de vomissemens ni de selles, l'abdomen paraît sensible sous la pression, pouls à 96, presque insensible, quelques douleurs dans les jambes. (Sinapismes aux jambes, réchauffer, eau de gomme sans sucre, seize sangsues conditionnelles pour le moment de la réaction.)

La réaction n'eut pas lieu; dans la soirée la malade est dans le même état où elle se trouvait le matin; je prescris quatre onces de vin de Malaga et un vésicatoire sur le ventre.

20. Face un peu colorée, conjonctives légèrement injectées, peu de chaleur, point de selles ni de vomissemens, urine, langue sèche, même facies. (Gomme acidulée avec acide citrique, sinapismes, dix sangsues sur le ventre, six derrière les oreilles.)

La réaction ne se développe pas dans la soirée, même état que ce matin. (Quatre onces de vin de Malaga pour la nuit, deux vésicatoires aux mollets.)

21. Assoupissement, extrémités froides, hoquet, point de vomissemens, langue sèche, une selle après le lavement, légère douleur, pouls faible (Gomme édulcorée, cataplasmes émolliens, sangsues conditionnelles.)

Aucune réaction. (Vin de Malaga quatre onces, un vésicatoire entre les épaules, sinapismes aux cuisses.)

22. Assoupissement plus profond, extrémités fraiches, soif. (Vin de Malaga.)

23. Aucune réaction n'a lieu encore, facies cholérique comme au premier jour, assoupissement mêlé d'agitation, point de selle ni de vomissemens, langue sèche, soif, pouls à 96, inflammation érythémateuse entre les fesses, sécheresse du vésicatoire. (Limonade, quatre onces de vin de Malaga, deux demi-lavemens avec décoction de quinquina, julep, gomme au sirop de quinquina, ℥ ß, éther sulfurique alcoholisé, quinze gouttes; trois moxas sur la tête.

Pendant l'application des moxas, il y eut une grande agitation à laquelle succéda une prostration extrême, délire la nuit.

24. Délire et agitation encore ce matin, face froide, pouls à 96, quelques nausées, facies cholérique. (Vin de Malaga, limonade, deux demi-lavemens de quinquina.)

25. Légère amélioration; moins de délire et d'assoupissement, pouls à 84, langue moins sèche, urine. (Même prescription.)

26. L'amélioration se continue, les yeux sont moins caves, la malade répond à nos questions.

27. Eruption rubéoleuse, principalement sur les fesses et autour du vésicatoire, face meilleure, pouls à 104, développé. (Mauve édulcorée, supprimer le vin.)

Le développement de cette rougeole hâta la guérison du choléra.

28. Dès le lendemain, la malade nous offrit un facies animé, tout différent du facies cholérique. La rougeole a suivi une marche assez rapide; elle a été compliquée d'une brônchite assez intense, et aujourd'hui la malade est en convalescence et ne présente aucun accident qui rappelle le choléra.

Cette observation est un exemple des bons effets de la méthode purement excitante, dans les cas où la réaction est difficile à obtenir; après avoir employé dans des cas pareils l'acétate d'ammoniaque, l'éther sulfurique et le quinquina en potions et en lavemens, M. Guersent paraît s'en tenir à l'emploi du vin de Malaga; c'est la meilleure de toutes les potions; aussitôt qu'il est ingéré dans les voies digestives, il produit comme dans l'état sain, un sentiment de bien-être et de force qui est manifesté à l'intant même par les malades; nos petites filles le prenaient avec plaisir, et repoussaient au contraire les autres potions. Il n'a jamais provoqué de vomissemens ni de réaction qui dépassât les bornes.

Comme excitans à l'extérieur, les sinapismes, les vésicatoires sur les membres, sur l'abdomen, entre les épaules, et même sur la tête ont été prescrites dans les cas désespérés. Deux fois M. Guersent fit appliquer des moxas sur la tête, mais j'ai remarqué que la vive agitation produite par leur application était toujours suivie d'un profond abattement.

Dans trois cas, principalement dans les périodes dites typhoïdes, M. Guersent a essayé des affusions d'eau à seize degrés pendant quatre à cinq minutes. Les trois petites malades ont succombé, M. Guersent a obtenu plus de succès en ville de l'emploi de ce moyen.

Mortalité dans le service de M. Guersent, sur 31 malades.

En écartant 1.° les six mortes en moins de quelques heures de séjour à l'hôpital, souvent même avant que M. Guersent ait pu les voir, et qui ne peuvent entrer dans la responsabilité d'aucun traitement;

2.° Les six atteintes d'affections organiques et chez lesquelles le choléra ne fut que le coup de grâce.

3.° Et en comptant parmi les guérisons deux petites

malades guéries complétement mais prises de rougeoles, qui ont été suivies de pneumonies mortelles, nous trouvons sur 19 malades : Douze guéries. — Sept mortes.

Observations de parotides survenues pendant le choléra; recueillies dans le service de M. Rayer, *par* A. Duplay, *interne.*

L'engorgement et la suppuration des glandes parotides ou du tissu cellulaire qui les environne, est un phénomène que l'on voit apparaître quelquefois vers le déclin des maladies éruptives. On les voit aussi quelquefois survenir dans d'autres maladies aiguës, dans la pneumonie, par exemple; et récemment encore M. Louis a signalé ce fait à l'Académie. Quelquefois il se montre aussi chez les individus atteints d'engorgement inflammatoire du testicule, et dans ce cas la diminution des symptômes inflammatoires vers le testicule accompagne souvent le développement de la parotide; M. Rayer en a observé l'année dernière un cas remarquable.

Mais de toutes les maladies, les affections typhoïdes sont celles dans lesquelles l'apparition de ce phénomène est le plus constant. » Les parotides, dit M. Chomel, dans son *Traité des fièvres*, paraissent appartenir spécialement au typhus, bien qu'elles aient été observées dans des affections qui semblaient être de toute autre nature. Mais il faut remarquer sur ces deux points : 1.° Que l'engorgement peut être à un degré si faible qu'il soit très-obscur. 2.° Que telle maladie qui semble être tout autre chose que le typhus peut cependant se rattacher au typhus spontané. En général, ajoute le savant professeur, lorsque les parotides se manifestent dans le cours d'une mala-

die aiguë, on doit craindre qu'elles ne soient l'indice d'une modification fâcheuse survenue dans le caractère de cette maladie. »

M. Rochoux partage la même opinion : » Les parotides, dit-il, se montrent dans le typhus-amaril des Etats-Unis; tout nous porte à les regarder comme un symptôme en quelque sorte caractéristique des affections typhoïdes, ce qui n'empêche pas cependant de les observer de temps à autre dans des affections fébriles d'une nature moins grave. »

On ne peut pas dire que les parotides soient un symptôme propre au typhus d'Europe; car dans un très-grand nombre d'épidémies de ce typhus, il n'en est fait aucune mention; tandis qu'au contraire on voit l'engorgement parotidien survenir dans certaines épidémies de peste (typhus d'Orient), et de fièvre jaune (typhus d'Amérique.)

Dans la plupart des épidémies de peste qui ont sévi sur l'Europe, l'apparition des parotides a été signalée. En 1720, pendant la peste de Marseille, Bertrand avait observé des parotides en même temps que des suppurations des glandes inguinales. Pendant l'épidémie meurtrière, de 1771, qui ravagea la Russie et surtout Moscow, Samoïlowitz avait vu survenir fréquemment des parotides surtout chez les enfans pestiférés. Dans un grand nombre des épidémies observées en Orient le même phénomène s'est également présenté.

Moins fréquente que dans le typhus d'Orient, les parotides se montrent aussi dans la fièvre jaune. Le docteur Valentin, pendant cinq années passées aux Etats-Unis, a pu observer un grand nombre de malades affectés de fièvre jaune et il n'a presque pas vu survenir de parotides. M. Rochoux, qui a observé la maladie aux Antilles, regarde aussi ce phénomène comme très-rare dans la fièvre jaune. » La parotide est si rare, dit-il, que pen-

dant près de cinq ans de séjour aux Antilles, plusieurs centaines de sujets atteints de cette fièvre ne m'en ont pas offert un seul cas. »

D'un autre côté, Georges Davidson écrivait du fort royal de la Martinique à James Mease, médecin à Philadelphie, qu'il avait observé des parotides sur des sujets atteints de fièvre jaune, mais il ne dit pas que ce phénomène se soit présenté souvent. Le P. Labat avait rencontré aussi dans plusieurs épidémies qui ravagèrent la même île, des suppurations fréquentes des glandes inguinales, des glandes cervicales et des parotides elles-mêmes.

En 1802, une irruption des plus meurtrières de la fièvre jaune eut lieu au Fort Royal, et elle dura jusqu'en 1803. M. Moreau de Jonnès, capitaine à l'état-major de la Martinique et chargé de la surveillance des hôpitaux militaires, observa souvent pendant cette épidémie et concurremment avec le docteur Savarési, médecin de l'hôpital militaire, des bubons et des parotides qui suppurèrent très-rarement parce que la mort survenait avec une grande rapidité. D'après M. Moreau, ce symptôme, qui était fréquent pendant cette épidémie, avait manqué dans beaucoup d'autres épidémies antérieures.

D'après ces faits, on peut conclure que de toutes les maladies, les affections typhoïdes sont celles pendant le cours desquelles les parotides se présentent le plus souvent; que cependant elles n'en constituent pas un symptôme constant, pas même dans le typhus d'Europe, quoiqu'on ait voulu les donner comme un des caractères distinctifs de cette dernière affection.

L'apparition des parotides, observée et signalée par la plupart des anciens auteurs, fixait leur attention d'une manière toute particulière. Ce symptôme survenait-il vers le commencement d'une affection grave, il était pour eux le signal d'un danger imminent; mais prenant l'effet pour

la cause, ils voyaient la gravité du mal dans la parotide elle-même; suivant eux c'était elle qui donnait à l'affection pendant laquelle elle survenait intercurremment, le caractère de malignité qu'elle présentait; la parotide était suivant eux la cause et non une expression symptômatique de la gravité de la maladie.

Survenait-elle au contraire vers le déclin d'une affection grave ou dans le cours d'une maladie légère, c'était un effort salutaire de la nature, une crise qu'il fallait favoriser par tous les moyens possibles; et quand le malade guérissait c'était à l'heureuse apparition de la parotide que l'on attribuait la guérison. Ici, l'on ne remarquait pas que la période dangereuse du mal était passée quand la parotide prétendue critique était survenue; que la période de décroissement avait commencé, et que dès-lors la présence de l'engorgement parotidien était au moins inutile. A peine aurait-on osé s'avouer que cet engorgement pût être nuisible en ce qu'il produisait quelquefois des accidens assez graves par la compression sur les organes environnans, par la gêne qu'il pouvait apporter à la déglutition et à la circulation cérébrale. On ne voulait pas voir que la suppuration que l'on appelait de tous ses vœux et vers laquelle tous les efforts thérapeutiques étaient dirigés, pouvait devenir funeste par son abondance chez des sujets déjà affaiblis, et d'autres fois par les décollemens énormes auxquels elle donnait lieu. N'a-t-on pas vu dans des cas semblables le pus provenant des parotides à l'apparition desquelles la guérison du malade semblait être attachée, fuser le long du col dans les intertices musculaires, dénuder la trachée-artère, fuser même dans la poitrine; déterminer la mort, et juger la maladie d'une toute autre manière qu'on ne s'y attendait.

On est généralement revenu sur cette importance des parotides. Leur influence sur la marche de la maladie

pendant laquelle on les voit survenir, est loin d'être aussi directe que le disaient les anciens. Si les maladies au début desquelles on les voit survenir sont graves, ce ne sont pas les parotides qui leur donnent cette gravité; mais elles sont un effet de cette gravité elle-même. Dans les cas où elles surviennent vers la fin d'une maladie, et où les anciens les regardaient comme critiques, leur influence est nulle, qu'elles suppurent ou qu'elles ne suppurent pas; généralement on regarde leur apparition comme une maladie de plus qui vient se surajouter à la maladie primitive, et qui s'accompagne quelquefois d'accidens très-graves, différence d'opinion qui entraîne nécessairement avec elle une différence dans le mode de traitement.

Ces idées peuvent trouver leur confirmation dans plusieurs faits d'engorgement et de suppuration des parotides que nous avons observés tout récemment à la suite du choléra, chez des malades couchés dans les salles de M. Rayer. Nous rapprocherons de ces faits un cas d'engorgement de la glande sous-maxillaire qui survint aussi pendant le cours d'un choléra assez intense.

Obs. I. — Joseph Manteau, mécanicien, âgé de 19 ans, demeurant rue Saint-Martin, n.° 77, entre le 7 mai à l'hôpital de la Charité, et il est placé au n.° 17 de la salle Saint-Michel. Ce jeune homme, qui avait perdu sa mère du choléra, en avait été pris lui-même d'une manière très-violente, à la suite du chagrin qu'il avait éprouvé. Pendant quelques jours on avait même désespéré de le sauver, cependant il échappa aux dangers de la période algide, et une réaction forte s'établit. Il était au quinzième jour de sa maladie, lorsqu'il entra à l'hôpital; la fièvre persistait; depuis sept jours, il portait à la région parotidienne droite un engorgement qui s'était accompagné d'une gêne très-grande de la déglutition, et de douleurs très-vives dans l'oreille droite.

Le 7 mai, le malade était pâle, la région parotidienne droite était le siége d'une tuméfaction considérable, au centre de laquelle on commençait à sentir de la fluctuation. La déglutition, les mouvemens de la mâchoire étaient très-difficiles, l'oreille droite versait un pus blanchâtre, épais, très-abondant. Il y avait une fièvre intense, et l'examen de la poitrine fit découvrir du râle crépitant, et un commencement de souffle bronchique dans le côté gauche de la poitrine. Une saignée du bras fut pratiquée, et la région parotidienne fut couverte de cataplasmes émolliens.

Le lendemain de l'entrée du malade on pratiqua une incision sur la tumeur; il s'en échappa une grande quantité d'un pus bien lié, très épais, et que l'on fut obligé de faire sortir en comprimant la tumeur. Les jours suivans la suppuration continua, elle était très-abondante; l'oreille versait aussi une grande quantité de pus épais et entièrement analogue à celui qui sortait par l'incision faite sur la parotide.

Cependant il n'est pas probable qu'il y ait eu érosion du conduit auditif, car on n'augmentait pas d'une manière sensible l'écoulement de l'oreille, en comprimant sur le foyer purulent. La suppuration avait décollé la peau dans une assez grande étendue, surtout en avant et dans toute l'étendue du masséter. Une forte compression établie sur ce point et maintenue pendant plusieurs jours vida complètement le foyer.

Quant aux symptômes de pneumonie ils disparurent aussi, mais ils nécessitèrent l'emploi d'une nouvelle saignée. Enfin, le malade, après avoir traversé heureusement tous ces dangers, sortit guéri le 11 juin.

Les deux malades suivans, sur lesquels nous avons observé des parotides, n'ont été que quelques jours dans nos salles; leur histoire quoique incomplète n'en présentera

pas moins d'intérêt, puisqu'elle attestera la possibilité de l'apparition des parotides chez les cholériques.

Obs. II.ᵉ — Vigourous, porteur d'eau, âgé de 73 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 14 avril, avec un choléra très-léger, caractérisé par des vomissemens, de la diarrhée et des crampes douloureuses. Ces symptômes, quoique graves eu égard à l'âge du sujet, s'arrêtent au bout de quelques jours, mais alors un engorgement se manifeste à la parotide gauche, acquiert un volume considérable, détermine des douleurs vives dans l'oreille correspondante, une gêne assez grande dans la déglutition et dans les mouvemens de la mâchoire. Deux applications de sangsues arrêtent les progrès de la tumeur qui se termine par résolution. Lorsque le malade vint dans notre salle pendant que l'on réparait celle où il avait été primitivement placé, il restait encore à la parotide un point d'engorgement de la grosseur d'une petite noix. Alors l'état de cet homme était très-bon, et annonçait un prochain rétablissement; il sortit de notre salle pour retourner dans celle qu'il venait de quitter au bout de quelques jours et avec un reste d'engorgement à la parotide.

Obs. IIIᵉ. — Antoine Fénérole, journalier, âgé de 28 ans, entre à l'hôpital, le 4 avril 1822, et il est placé dans les salles de la clinique. Ce malade à son entrée avait présenté les signes les plus tranchés du choléra algide, mais il avait franchi heureusement les dangers de cette période. La réaction commençait à se modérer, lorsqu'il lui survint un engorgement considérable à la parotide gauche. La suppuration se forma assez promptement, et dès que la fluctuation se fut manifestée, la tumeur fut ouverte largement à l'aide de l'instrument tranchant. Lorsque ce malade entra dans notre salle, il était en pleine convalescence, mais il portait à la région parotidienne une plaie qui versait encore du pus, et qui était en voie de cicatrisation.

Cet homme sortit aussi de notre salle au bout de quelques jours, et quitta l'hôpital parfaitement bien guéri.

Un quatrième fait de parotide s'est offert à nous chez un malade qui présentait des symptômes cérébraux. Ce malheureux, chez lequel il était survenu des escarrhes au sacrum et au niveau des trochanters, succomba dans cet état d'épuisement et d'émaciation qui accompagne la dothinentérite. Son observation a été donnée en détail dans le numéro précédent.

Dans l'observation suivante ce n'est plus la parotide, mais bien la glande sous-maxillaire qui est frappée d'inflammation. C'est le seul fait de ce genre que nous ayons observé parmi les cholériques placés dans notre salle.

IV.e *Obs.* — Auguste Génard, âgé de 32 ans, est pris, le 6 avril, d'une diarrhée abondante et de plusieurs vomissemens, de crampes peu douloureuses, et se fait apporter à l'hôpital le lendemain à neuf heures du matin : son facies était peu altéré; les yeux étaient légèrement caves et cernés; la voix était un peu voilée, mais la langue, les extrémités conservaient encore de la chaleur; le pouls se sentait et battait 88 fois par minute; le malade n'avait pas eu de selles depuis deux heures; il avait encore uriné un peu le matin. (On lui fait prendre quelques cuillerées de Malaga; on lui donne pour boisson la décoction de ratanhia; on administre un lavement de ratanhia avec addition de 18 gouttes de laudanum.)

Le 8, le mal n'a pas fait de progrès, la langue est humide, chaude; la chaleur existe partout; les yeux, encore un peu caves, sont légèrement injectés; le pouls est presque naturel.

Cette injection des yeux se continue jusque vers le 12; à cette époque le malade est beaucoup mieux, mais il éprouve de la douleur au-dessous de la base de la mâchoire, on sent la glande sous-maxillaire qui est

assez fortement tuméfiée, sensible à la pression, et qui fait une saillie appréciable à la vue. Un cataplasme émollient est appliqué sur ce point. Les jours suivans, l'engorgement augmente; les mouvemens de la mâchoire sont un peu gênés; la pression est très-sensible. On applique dès-lors quinze sangsues sur la tumeur, on la couvre de cataplasmes, et sous l'influence de ces moyens elle ne tarde pas à devenir moins sensible. Son volume diminue peu-à-peu, et enfin au bout de dix jours environ la glande est revenue à son état primitif. Le malade quitte l'hôpital le 6 mai, alors il était dans un état excellent de santé. Ce dernier fait est le seul de ce genre que nous ayons observé. Il existe sans doute quelque liaison entre ce fait et les cas d'engorgement inflammatoire de la parotide. On conçoit en effet que la cause qui produit l'inflammation de la parotide produise l'inflammation de la glande sublinguale. L'analogie de texture de ces deux organes doit les rendre accessibles aux mêmes causes de maladie.

L'engorgement des glandes parotides est aussi un fait assez rare dans le choléra, puisque sur environ deux cents individus cholériques nous ne l'avons observé que quatre fois. Cependant avant de pouvoir établir dans quelle proportion ce phénomène se montre, il faut attendre que des communications aient été faites sur les faits de ce genre. Déjà M. Husson a fait part à l'Académie de Médecine, des observations de deux dames qu'il avait traitées d'un choléra très-grave, et chez lesquelles des parotides s'étaient montrées vers le cinquantième jour environ de leur convalescence. L'une d'elles avait succombé, l'autre était fort mal, et semblait laisser peu d'espoir de guérison. Dans la même séance, M. Larrey annonça que deux fois ce fait s'était offert à son observation; M. Gasc dé-

clara l'avoir vu quatre fois, et M. Murat l'avoir observé sur trois de ses malades.

Il est probable que des faits de ce genre ont été observés sur d'autres malades, et que de leur publication pourra ressortir la véritable proportion des parotides dans le choléra.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Altérations des reins qui se manifestent pendant la vie par la présence d'un excès d'albumine dans l'urine ; par J. Craufurd Gregory, *M. D., médecin de l'Infirmérie royale d'Edimbourg* (1). (II.e article.)

B. *Cas dans lesquels les symptômes les plus saillans, après l'hydropisie et la coagulabilité de l'urine, ont été ceux d'une affection des organes de la respiration et de la circulation, et qui ont eu une issue funeste.*

XVIe. *Obs.* — Janet Waters, âgée de 22 ans, entra à l'infirmerie d'Édimbourg le 24 décembre 1832 pour un gonflement considérable de l'abdomen avec fluctuation manifeste, et œdème léger de la face. On observait en outre une dyspnée très-grande, de la toux avec expectoration muqueuse et un peu de fréquence du pouls. Le gonflement du ventre avait commencé quinze jours environ avant l'admission de la malade. L'écoulement menstruel avait été très-irrégulier pendant les trois derniers mois; enfin la malade rapportait sa maladie à un refroidissement subit. L'urine était albumineuse et s'élevait à environ deux livres par jour; sa pesanteur spécifique ne

(1) *The Edinburg Med. and Surg. Journal*, octobre 1831. *V.* le premier extrait dans le tome précédent, p. 184.

fut pas examinée. Déjà une saignée de 20 onces avait été faite, et on avait donné du calomel et de l'opium, de sorte que les gencives étaient affectées et que l'haleine avait l'odeur désagréable propre à la salivation mercurielle. Deux nouvelles saignées diminuèrent momentanément la dyspnée, le sang était couenneux et le sérum un peu laiteux. L'urine devint un peu plus abondante et d'une couleur plus claire sous l'influence de la crême de tartre et du jalap; mais les symptômes de l'hydropisie augmentèrent et l'œdème s'étendit aux mains. Il n'y avait pas de diarrhée; la dyspnée et la toux devinrent plus violentes, surtout vers le soir; la respiration était bruyante et précipitée, mais sans douleur; tous les symptômes s'aggravèrent et la malade succomba le 30 décembre.

Autopsie. — Injection et vascularité très-grande de la muqueuse des bronches qui sont remplies d'un liquide muqueux et purulent; poumons, et surtout le droit, infiltrés de sérosité sanguinolente; partie postérieure du poumon droit condensée et friable; mais nulle apparence de tubercules; épanchement considérable de sérosité dans la cavité de la plèvre droite, beaucoup moindre dans la gauche; six onces de sérum environ dans le péricarde; cœur sain. Peu de sérosité dans l'abdomen; foie légèrement tacheté, mais du reste sain. Reins d'un tiers ou d'un quart moins gros que de coutume, tachetés, inégaux et tuberculés à leur surface extérieure; substance corticale entièrement remplacée par la matière jaunâtre tuberculeuse; substance tubuleuse peu altérée.

D'après l'état d'altération profonde des reins, M. Grégory est porté à croire que les renseignemens donnés par la malade sur la date de sa maladie sont inexacts, et qu'elle devait être beaucoup plus ancienne.

XVIIe. *Obs.* — Marie Allison, âgée de 65 ans, entra à l'infirmerie le 18 avril 1829 pour une ascite et un œdème

des extrémités inférieures qui étaient survenus, à la suite d'un refroidissement, trois semaines environ avant son admission. Deux ans auparavant, elle avait été traitée pour les mêmes accidens. Elle éprouvait des douleurs passagères dans les reins et dans le ventre, mais elle n'avait pas de diarrhée. L'urine était rare, et lorsqu'on la chauffait, laissait déposer un précipité floculent. Les autres symptômes étaient une soif ardente, la langue sèche, la fréquence et la dureté du pouls. Une saignée de 12 onces soulagea la malade; le sang était couenneux et le sérum laiteux. La saignée fut renouvelée dix jours après et on appliqua plusieurs fois des sangsues. L'urine resta peu abondante et coagulable malgré l'emploi de la digitale et de la scille. L'œdème, bien que diminuant de temps à autre, s'étendit peu à peu aux mains, au visage et au tronc, et s'accompagna d'une rougeur érythémateuse. Le 4 mai, la respiration s'embarrassa; il survint de la toux et une expectoration abondante et puriforme; les accidens s'aggravèrent peu à peu; l'assoupissement et un délire sourd se montrèrent, et le 16 la malade mourut dans un état comateux.

Autopsie. — Un peu de sérosité dans l'abdomen; foie tacheté à sa surface, d'une structure un peu granuleuse; les deux reins très-altérés, lisses en dehors, d'une couleur fauve-claire, et offrant çà et là des ramifications vasculaires très-apparentes; leur substance corticale tuberculeuse et granuleuse; la substance tubuleuse présentant dans beaucoup de points une altération semblable. Dans le droit, dont le volume était beaucoup moindre que de coutume, la substance corticale paraissait avoir été presque complètement détruite par l'absorption; les tubes urinifères s'étendent jusqu'à la circonférence de l'organe, et sont presqu'immédiatement recouverts par sa membrane externe.

XVIIIe *Obs.* — Nancy Burns, âgée de 25 ans, d'une

conduite très-déréglée et d'une constitution lymphatique, fut admise à l'infirmerie le 18 janvier 1829, pour un gonflement de l'abdomen avec sensation obscure de fluctuation, œdème des jambes datant de quatre mois, et aménorrhée complète depuis dix mois. Au moment de son entrée, cette femme était dans l'état suivant : douleur à la partie inférieure du sternum, surtout en toussant ; palpitations de cœur, respiration fréquente, peu de toux et sonoréité de la poitrine dans tous ses points. Plusieurs saignées pratiquées auparavant avaient produit du soulagement. Le 21, pouls vif donnant 120 pulsations par minute, douleur dans la poitrine, respiration fréquente, douleurs rhumatismales générales ; saignée de 16 onces, qu'on répète le 22, suivie d'un soulagement immédiat. Le sang était couenneux et le sérum laiteux ; l'urine abondante, peu colorée, et albumineuse, et se troublant par la chaleur. La crême de tartre et les purgatifs furent mis en usage et les symptômes d'hydropisie diminuèrent graduellement ; l'urine resta cependant pâle et coagulable. La malade sortit de l'hôpital le 3 février dans un état très-satisfaisant ; mais les accidens se montrèrent de nouveau, et elle rentra dans les salles le 16 octobre 1829 dans un état très-semblable à celui que nous avons décrit ci-dessus. L'urine, dont la quantité était presque naturelle, était presqu'incolore, d'une pesanteur spécifique de 1006,9, et ne contenait guère que le cinquième de la proportion habituelle d'urée. Les symptômes de l'affection de poitrine firent des progrès rapides et la malade succomba en peu de jours. L'urine qu'elle rendit la veille de sa mort avait une couleur presque naturelle, une pesanteur spécifique de 1010,5 et coagulait fortement par la chaleur.

Autopsie. — Une grande quantité de sérosité trouble remplissait les cavités des plèvres, et à la surface des poumons existait une couche récente de lymphe coagu-

lable; les bronches étaient gorgées de mucosités; leur membrane muqueuse très-injectée. Les deux poumons étaient infiltrés. Les parois du ventricule gauche étaient hypertrophiées sans dilatation de la cavité. Les valvules de l'aorte étaient un peu cartilagineuses à leur base, mais d'ailleurs saines. Les deux reins présentaient l'infiltration de la matière granuleuse jaunâtre que nous avons signalée, et contenaient dans l'épaisseur de la substance tubulaire un grand nombre de petits kystes séreux.

XIX.e *Obs.* — John Hogg, âgé de 59 ans, présenta des symptômes d'une maladie de poitrine, auxquels vinrent se joindre peu de temps avant un œdème qui s'étendit progressivement des pieds aux cuisses, au scrotum, à l'abdomen et aux bras. La quantité de l'urine fut en général un peu moindre que d'ordinaire, sa densité varia de 1014 à 1020 et elle fut toujours albumineuse.

Autopsie. — Outre des altérations graves des poumons et du cœur, les deux reins tachetés en dehors, tuberculeux et diminués de volume, offraient au plus haut degré la dégénérescence jaunâtre, granuleuse déjà décrite. Le foie présentait aussi quelques traces d'une semblable altération.

XX.e *Obs.* — William Limery, âgé de 56 ans, vieux soldat, entra à l'infirmerie le 11 novembre 1830, pour une ascite et un œdème des jambes qui dataient de 18 mois, et qui avaient déjà existé quatre ans auparavant. Il offrait en outre les symptômes d'une affection chronique de la poitrine. L'urine était rare et coagulable. Il n'avait jamais éprouvé de douleurs dans la région lombaire. Une saignée et une application de ventouses scarifiées sur les côtés produisirent un peu de soulagement. On eut recours aux diurétiques qui d'abord augmentèrent beaucoup la quantité d'urine; mais bientôt l'urine redevint rare, le malade maigrit, s'affaiblit et mourut dans un état de coma le 27 novembre.

Autopsie. — Poumons emphysémateux, le lobe inférieur du droit infiltré de sérosité; membrane muqueuse des bronches très-injectée; point d'épanchement dans les plèvres ni dans le péritoine; foie petit, lobuleux en dehors, adhérant au diaphragme; ferme et d'une couleur pâle à l'intérieur; reins mous, d'une couleur plus claire que de coutume à l'extérieur, tachetés et offrant des lignes jaunâtres; à l'intérieur infiltrés de matière granuleuse, jaunâtre surtout dans leur substance.

XXI.e *Obs.* — Susan Grant, âgé de 26 ans, fut admise à l'infirmerie le 13 octobre 1828 pour un œdème des jambes, une ascite légère, de la toux, de la dyspnée, des palpitations, une toux violente et une expectoration abondante et puriforme qui duraient depuis environ quinze jours. Trois ans auparavant, la malade avait éprouvé de vives douleurs dans la région lombaire qu'on avait regardées comme rhumatismales et pour lesquelles on lui avait appliqué des ventouses scarifiées et des vésicatoires. L'urine, d'abord abondante, devint bientôt rare et albumineuse; sa pesanteur spécifique était de 1010. On employa les diurétiques et l'urine cessa d'être coagulable pendant un certain temps, mais elle ne tarda pas à reprendre ce caractère. Les symptômes de l'hydropisie cédèrent aussi presque complètement, mais pour reparaître bientôt et plus graves qu'auparavant. Les accidens du côté de la poitrine s'augmentèrent progressivement, et au commencement de novembre ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'une affection tuberculeuse à laquelle la malade succomba le 26 février suivant.

Autopsie. — Empyème et pneumo-thorax du côté gauche, d'une date évidemment récente; poumon de ce côté comprimé et non crépitant; tubercules nombreux et cavernes dans son intérieur ainsi que dans la substance du poumon droit. Foie d'une couleur jaune-blenâtre tacheté,

un peu plus dense que dans l'état sain. Reins un peu granuleux à l'extérieur, d'une couleur jaune-pâle mêlée de lignes rougeâtres, et présentant d'ailleurs l'altération déjà signalée.

XXII.e *Obs.* — Elisabeth Brown, âgée de 34 ans, entra à l'infirmerie, vers la fin de septembre 1829, pour une maladie de poitrine très-grave qui avait commencé longtemps auparavant. Au moment de son admission, elle offrait un œdême très-considérable des membres inférieurs. La quantité d'urine était d'environ quatre livres par jour; la pesanteur spécifique de ce liquide varia d'abord entre 1013,5 et 1018,5, et il donnait par la chaleur un précipité floconneux très-abondant. Quelques évacuations sanguines légères et l'usage de la digitale produisirent un peu d'amélioration; l'œdème diminua et même disparut presque complètement; l'urine vers cette époque, 22 octobre, s'éleva à 90 onces par jour; mais ensuite elle tomba à 64 onces par jour, et vers le milieu de novembre sa pesanteur spécifique était tombée à 1009,5 et elle conservait toujours sa coagulabilité. Enfin, trois semaines environ après, la malade succomba à la phthisie pulmonaire.

Autopsie. — Cavernes et tubercules nombreux dans les poumons; ulcération du larynx; ulcérations dans les intestins; reins très-peu volumineux, lisses, d'une couleur brune en-dehors, la substance corticale d'un jaune pâle, la substance tubuleuse envahie en grande partie par la dégénération déjà décrite; ceux des conduits urinifères qui étaient moins altérés, étaient d'une couleur rose qui contrastait fortement avec la teinte jaune du reste du parenchyme.

XXIII.e *Obs.* — Mary Dunlop, âgée de 23 ans, fut admise à l'infirmerie le 27 janvier 1831 pour une pleuropneumonie du côté gauche qui durait depuis neuf se-

maines et qui s'était déclarée deux jours après un accouchement naturel. Depuis un mois les jambes étaient le siége d'un œdême considérable. L'urine était rare et trouble, devenait d'abord claire quand on la chauffait, puis laissait déposer un coagulum très-abondant. La quantité de ce liquide parut d'abord augmenter sous l'influence des diurétiques, mais il conserva sa coagulabilité. Les symptômes de la maladie de poitrine s'aggravèrent rapidement, et la malade mourut le 4.e jour après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Epanchement séro-purulent dans les deux plèvres; poumon droit affaissé et fortement adhérent à la plèvre costale. Epanchement très abondant dans le péritoine; foie très-gros, d'une teinte pâle, son tissu est mollasse et comme granuleux; toute la surface du péritoine, surtout celle qui revêt le diaphragme, offre une infinité de granulations très-petites; glandes mésentériques très-grosses. Reins volumineux et flasques, présentant dans la presque totalité de leur parenchyme les lésions déjà décrites.

XXIV.e *Obs.* — La veuve Dudgeon, âgée de 36 ans, après avoir bu une quantité d'eau froide pendant qu'elle était en sueur, fut prise de frisson, de toux et d'œdème dans les jambes; elle entra à l'infirmerie le 28 novembre 1829, cinq semaines après l'apparition de ces symptômes. Déjà elle avait eu une maladie semblable pendant laquelle son urine avait été coagulable; elle avait guéri par les soins du docteur Alison. Au moment de son admission, elle se plaignait d'une grande dyspnée, d'une toux fréquente avec expectoration muqueuse et difficile, et parfois de douleurs dans l'abdomen et dans la région lombaire. L'œdême augmenta graduellement, et s'étendit aux membres supérieurs, à la face et à l'abdomen. L'urine était très-peu abondante et très-albumineuse; sa

pesanteur spécifique était de 1016. Malgré l'emploi assidu des diurétiques, sa quantité n'augmenta pas sensiblement et les symptômes de l'hydropisie ne disparurent jamais complètement, quoiqu'à plusieurs reprises ils eussent diminué d'une manière très-marquée. Des saignées fréquentes et des ventouses scarifiées sur les reins procurent quelque soulagement momentané. On employa un très-grand nombre de médicamens, entre autres l'élatérium qui agit avec une très grande énergie, mais sans avantage appréciable. La malade languit long-temps dans cet état, et mourut enfin le 28 avril 1830.

Autopsie. — Epanchemens très abondans de sérosité dans les cavités thoraciques et abdominales; foie granuleux, hypertrophié et infiltré d'une matière grisâtre, reins très-augmentés de volume, d'une couleur pâle, et présentant à un très-haut degré la dégénérescence signalée par M. Bright.

C. *Cas dans lesquels il n'y a pas eu d'hydropisie, y compris ceux dans lesquels l'urine n'ayant pas été examinée pendant la maladie, on n'a découvert la dégénérescence des reins que lors de l'examen du cadavre.*

XXV.e *Obs.* — Robert Johnston, âgé de 56 ans, entra à l'infirmerie d'Edimbourg, au mois d'octobre 1830, pour une affection catarrhale légère. En questionnant le malade, on apprit que depuis quatre ans il éprouvait une faiblesse dans la jambe droite, et depuis six mois un engourdissement et un refroidissement considérables; de plus, depuis environ trois semaines il avait été pris d'envies d'uriner fréquentes et douloureuses, de trouble dans les digestions, et d'un sentiment de distension, de plénitude, avec sensibilité du ventre. Le malade était obligé d'uriner une fois au moins dans l'espace d'une heure. Examiné avec attention, on ne put découvrir ni pierre dans la vessie, ni rétrécissement de l'urètre. La quantité

d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, était environ double de ce qu'elle est ordinairement; sa pesanteur spécifique était de 1011, et elle était légèrement coagulable. Au mois de novembre, l'urine s'élevait à 48 onces par jour; elle était très-pâle en couleur, et beaucoup plus coagulable; sa pesanteur spécifique n'était plus que de 1010. Le malade maigrissait rapidement; aucun des moyens mis en usage, tels que les ventouses scarifiées sur la région lombaire, les vésicatoires, les diurétiques, etc., ne produisit d'amélioration dans son état.

Dans la seconde semaine du même mois, il fut pris de vomissemens fréquens qui ne lui permettaient de garder ni alimens ni boissons. Le ventre en outre était tendu, douloureux, et comme tympanisé.

Pendant la troisième semaine, la quantité d'urine, sous l'influence de la digitale, s'éleva jusqu'à huit livres par jour; mais le seul effet fut de rendre la micturition plus fréquente et plus fatigante. Vers la fin du même mois et pendant une dixaine de jours, une grande quantité de mucus filant et tenace se montra dans l'urine, ce qui augmenta beaucoup la dysurie. A ce moment la quantité d'urine était d'environ 100 onces par jour; elle était légèrement coagulable, et sa pesanteur spécifique était de 1010,5. Au commencement de janvier, on appliqua un cautère sur les reins, sans aucun effet sensible. Dans les premiers jours de février, les vomissemens reparurent avec plus de violence; l'urine continuait à être abondante: sa pesanteur spécifique était à-peu-près la même, mais sa coagulabilité augmenta beaucoup. Le malade mourut enfin vers la fin de ce mois, dans un état d'émaciation complète. Pendant les neuf jours qui précédèrent sa mort, il ne rendit guère qu'une once d'urine dans les vingt-quatre heures. Aucun symptôme d'hydropisie ne s'était montré dans tout le cours de cette longue maladie.

Autopsie. — L'abdomen ne contenait qu'un peu de sérosité limpide. Les organes digestifs, ainsi que les poumons et le cœur, étaient sains. Les reins étaient au contraire très-altérés. La substance corticale était presque complètement infiltrée par une matière jaunâtre purulente; la majeure partie de la substance tubuleuse présentait la même altération, surtout du côté droit. A l'extérieur, ces organes étaient inégaux, rudes au toucher, et leur volume était moindre que dans l'état ordinaire. La vessie très contractée offrait dans son intérieur quelques points rougeâtres; d'ailleurs elle paraissait saine.

XXVI.ᵉ *Obs.* — Susan Warrender, âgée de 39 ans, fut admise le 28 mai 1831, à l'infirmerie d'Edimbourg, dans un état de phthisie très-avancée, et qui datait d'environ trois ans. L'urine était un peu albumineuse, et quoique peu abondante sa pesanteur spécifique n'était que de 1008, 5; dans une autre expérience, elle ne fut même que de 1006, 5. Une diarrhée violente se manifesta huit jours avant la mort, qui arriva le 12 mai. La malade assura n'avoir jamais eu de symptômes d'hydropisie.

Autopsie. — Poumons farcis de tubercules et présentant de nombreuses cavernes. Foie très-volumineux, d'une couleur jaune-rougeâtre; son parenchyme est comme granuleux. Les deux reins, et surtout le droit, sont d'une couleur très-pâle et comme vergetés en dehors; leur substance corticale présente une teinte pâle analogue; le tissu fibreux avait disparu dans plusieurs points, et la substance tubuleuse elle-même était envahie dans quelques endroits; d'ailleurs elle était saine.

XXVII.ᵉ *Obs.* — May Ferrier, âgée de 30 ans, phthisique depuis six mois environ, entra à l'infirmerie le 3 mai 1831. Son aspect leucophlegmatique donna l'idée d'examiner son urine. La quantité de ce liquide était à-

peu-près naturelle, mais il était très-coloré et trouble; sa pesanteur spécifique était d'abord de 1024, et après avoir été filtré, il laissait déposer par la chaleur un précipité floconneux très-abondant. Plus tard l'urine devint claire, et alors sa gravité spécifique n'était plus que de 1014, mais elle était encore très-coagulable. La malade mourut le 29 juin, sans aucune apparence d'hydropisie.

Autopsie. — Cavernes et tubercules dans les poumons, surtout du côté droit; foie très-volumineux, comme tacheté en dehors; quelques tubercules, mais sans ulcération, dans la partie inférieure de l'iléum, dont la membrane muqueuse paraissait un peu injectée. Reins très-altérés, surtout le gauche, qui était lobuleux et tacheté au-dehors; sa substance corticale était granuleuse et d'une teinte très-pâle; sa substance tubuleuse présentait une altération semblable; ces lésions existaient aussi dans le rein droit, mais à un bien moindre degré.

XXVIII.° *Obs.* — Magnus Adamson, âgé de 60 ans, tonnelier, très-intempérant, éprouvait depuis huit jours les symptômes ordinaires d'une fièvre continue de mauvais caractère, lorsqu'il vint réclamer des soins le 9 mai 1831. Peu après son entrée, la maladie prit le caractère typhoïde, et la mort arriva le 18. L'urine avait été peu abondante, d'une couleur naturelle, très-coagulable, et d'une pesanteur spécifique de 1010. Aucun symptôme d'hydropisie n'avait jamais existé.

Autopsie. — Epanchement considérable de sérosité à la surface du cerveau, sous l'arachnoïde et vers la base du crâne, cerveau sain, les ventricules seulement contenaient un peu plus de liquide que de coutume. Poumons, cœur et foie sains; un peu d'injection de la membrane muqueuse de la fin de l'iléon, mais sans ulcérations. Les deux reins, et surtout le droit, étaient tachetés en dehors; en dedans leur substance corticale était

plus pâle que de coutume, et présentait un aspect granuleux; la substance tubuleuse paraissait très-peu altérée.

XXIX.e *Obs.* — Alexander Bain, âgé de 22 ans, imprimeur en taille-douce, très-adonné aux excès de boissons spiritueuses, avait déjà été traité à l'infirmerie d'Edimbourg, pour une bronchite ou pneumonie aiguë, compliquée de symptômes analogues à ceux du *delirium tremens.* Il rentra à l'hôpital le 23 mars 1831, pour une fièvre typhoïde avec pétéchies qui avait commencé deux jours auparavant par des frissons très-violens et autres symptômes fâcheux. Le 26, l'urine était peu abondante, très-albumineuse, et d'une pesanteur spécifique de 1013; le 28, la quantité de ce liquide était presque revenue à l'état naturel; sa densité s'élevait à 1022, et il n'était plus coagulable. Le malade mourut le 29.

Autopsie. — Vaisseaux de la surface du cerveau un peu engorgés; épanchement séreux sous l'arachnoïde, donnant à cette membrane un aspect laiteux; ventricules latéraux contenant un peu plus de sérum que d'ordinaire; cerveau et cervelet parfaitement sains; œdème léger des poumons et engorgement sanguin considérable dans les points les plus déclives de ces organes, qui d'ailleurs paraissent sains; assez grande quantité de mucus dans les bronches, dont la membrane muqueuse est rouge et épaissie; le cœur, le foie et la rate sont sains. Les reins ont une forme alongée, contournée et lobuleuse très-remarquable, et une couleur plus foncée que de coutume provenant en apparence d'une congestion de sang. Les tissus fibreux et radié des substances corticale et tubuleuse sont parfaitement distincts dans les deux organes; la membrane interne des calices et des bassinets très-dilatés, était très-injectée et presque couverte de taches semblables à des ecchymoses; l'un des bassinets contenait une petite quantité de liquide ayant l'odeur et la cou-

leur de l'urine, dans lequel flottaient des flocons albumineux. Ce liquide, filtré et débarrassé ainsi de ces flocons, était fortement coagulable par la chaleur. La vessie, très-resserrée, ne contenait pas d'urine. La membrane muqueuse des portions d'intestins les plus déclives était rouge et très-injectée, mais sans apparence d'ulcérations.

M. Gregory regarde ce cas comme d'une haute importance, en ce qu'il tend à prouver que l'état albumineux de l'urine peut exister sans lésion appréciable du tissu parenchymateux des reins, autre qu'une congestion sanguine de ces organes qui ne va pas même jusqu'à l'inflammation. Ce phénomène paraîtrait se manifester plus particulièrement dans les cas où le sang reste liquide après la mort. Il pense qu'on pourrait en rendre raison par une transsudation du sérum qui aurait lieu plus facilement lorsque le sang a une tendance à rester liquide après la mort, et que la faible pesanteur spécifique de l'urine peut se rapporter au dérangement général des fonctions.

Dans les neuf observations qui suivent, l'urine n'a pas été examinée pendant la vie, mais a été toujours trouvée coagulable après la mort. « J'étais d'abord, dit M. Grégory, très-disposé à regarder cet état de l'urine comme caractéristique; je l'avais, en effet, vu exister dans tous les cas de maladies des reins dans lesquels on avait examiné l'urine, et, au contraire, dans un certain nombre de cas où il n'existait aucune lésion sensible des reins, j'avais remarqué que l'urine prise dans la vessie n'était pas coagulable; mais tout récemment, chez une femme morte à la suite d'une plaie pénétrante de la poitrine, et dont les reins, quoiqu'un peu vergetés à l'extérieur, ne présentaient aucune altération appréciable dans leur structure intime, j'ai observé que l'urine recueillie dans la vessie après la mort, devenait trouble par la chaleur. Cependant je ne regarde pas ce fait comme entièrement

satisfaisant; et je suis aujourd'hui incertain de la valeur qu'on doit attacher à la coagulabilité de l'urine comme indiquant toujours une lésion organique des reins. D'après des expériences faites par M. Wells, il paraît que du sérum ajouté à de l'urine saine, dans la proportion bien minime d'une goutte sur une once, produit dans ce liquide un précipité abondant par la chaleur; quelques essais que j'ai faits depuis peu m'ont fourni des résultats analogues. Je suis, en conséquence, disposé à croire que puisque la transsudation d'une si petite quantité de sérum à travers les parois de la vessie ou des vaisseaux sanguins (et il y a peu de doute que cette transsudation ne puisse avoir lieu), soit immédiatement avant ou après la mort, rend l'urine sensiblement coagulable, ce caractère peut, dans beaucoup de cas au moins, induire en erreur. De nouvelles observations sont nécessaires pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard. »

XXX.e *Obs.* — Fanny Wilson, âgée de 61 ans, adonnée à la débauche, entra à l'infirmerie le 3 février 1831. Elle avait été affectée de délire tremblant trois semaines auparavant, et avait été traitée par le docteur Alison. Elle assurait avoir eu un peu d'œdème aux jambes pendant cette maladie, mais sans aucun autre symptôme d'hydropisie. Quelques jours après son admission, elle fut prise d'une diarrhée violente qui persista et finit par s'accompagner de symptômes cérébraux auxquels la malade succomba le 7 mars.

Autopsie. — Épanchement léger de sérosité sous l'arachnoïde et dans les ventricules du cerveau qui est sain d'ailleurs; bronches remplies de mucosité; poumons sains ainsi que le cœur. Le rein droit est diminué de volume, et d'une couleur jaune pâle à l'extérieur et à l'intérieur. Les substances corticales et tubuleuses ne peuvent être distinguées l'une de l'autre; elles ont subi l'altération

granuleuse déjà décrite. Des lésions semblables existent dans le rein gauche, mais à un bien moindre degré. Une petite quantité d'urine prise dans la vessie coagulait fortement par la chaleur. Tous les autres viscères de l'abdomen paraissaient sains.

XXXI.e *Obs.* — Élizabeth Dunn, âgée de 31 ans, entra à l'infirmerie le 17 avril 1830, dans un état de phthisie à laquelle elle succomba le 22. Aucun symptôme d'hydropisie n'avait existé pendant toute la durée de la maladie.

Autopsie. — Épanchement très-considérable de sérosité dans la cavité de la poitrine, poumons profondément désorganisés par la maladie tuberculeuse; reins plus volumineux et plus mous que dans l'état ordinaire. Leur tissu fibreux a en grande partie disparu, et est remplacé par une matière granuleuse. L'urine de la vessie forme un précipité floconneux par la chaleur.

XXXII.e *Obs.* — Euphémia Burns, âgée de 90 ans, affectée d'un catarrhe pulmonaire existant depuis longtemps, fut admise à l'infirmerie le 1er avril 1831, et mourut le 6 dans un état comateux.

Autopsie. — Un peu de sérosité dans les ventricules du cerveau qui est sain; épanchement peu abondant du côté droit de la poitrine; poumons un peu œdémateux en arrière, mais sains dans le reste de leur étendue; rougeur très-vive de la membrane muqueuse des bronches qui contiennent beaucoup de mucosité purulente; épaississement léger des valvules aortiques et hypertrophie peu prononcée du ventricule gauche; quelques plaques osseuses sous la membrane interne de l'aorte thoracique et abdominale et de ses branches principales, mais sans aucune trace d'ulcération. Le rein droit, diminué de volume, contient plusieurs kystes séreux dont l'un, de la grosseur

d'un œuf de pigeon, est adhérent à la surface de l'organe dans la substance duquel il paraît avoir pris naissance. La substance corticale n'a guère qu'un huitième de pouce d'épaisseur, elle offre l'aspect granuleux qu'on retrouve aussi dans quelques points de la substance tubuleuse; le rein gauche présente des traces d'une altération semblable, mais à un moindre degré. On trouva dans la vessie un peu d'urine trouble qui coagula très-fortement par la chaleur après avoir été filtrée.

XXXIII.e *Obs.* — Moses Baird, âgé de 40 ans, entra à l'infirmerie, le 14 mai 1831, pour une fièvre typhoïde à laquelle il succomba le 24, avec un délire continu et d'autres symptômes cérébraux.

Autopsie. — Injection considérable de la pie-mère et épanchement séreux sous l'arachnoïde; poumon gauche sain, une petite quantité d'un liquide brunâtre du côté droit de la poitrine, qui paraît dépendre d'une ulcération avec perforation de l'œsophage près du cardia; le poumon de ce côté est dépouillé de sa plèvre et d'une couleur brune foncée entremêlée de taches rouges. Les ganglions lymphatiques des environs de la fin de l'iléon sont très-engorgés et d'une couleur foncée et comme pointillée, mais sans traces d'ulcération. Le rein gauche est vergeté à l'extérieur, et à l'intérieur offre la désorganisation habituelle; le droit est un peu malade aussi. L'urine contenue dans la vessie coagule fortement après avoir été filtrée.

XXXIV.e *Obs.* — James Bell, âgé de 45 ans, fut admis le 7 mars 1831, dans les salles de chirurgie de l'infirmerie, pour une hémorrhagie résultant d'une incision qu'on avait pratiquée dans une plaie d'un mauvais caractère qu'il avait au dos. Le 15, en examinant le malade avec plus de soin, on reconnut une tumeur volumineuse occupant tout l'hypochondre droit, s'étendant presque jusqu'à la crête iliaque, et produite évidemment par une tuméfaction au

foie. Cet homme avait un aspect cachectique, et disait avoir toujours été d'une mauvaise santé depuis plusieurs années. Il ne présentait aucun signe d'hydropisie, mais on sut que quelques années auparavant, il avait eu un gonflement œdémateux des membres inférieurs et de la face. Le 17, les symptômes s'aggravèrent : il survint des vertiges et d'autres accidens cérébraux auxquels le malade succomba le lendemain. Pendant les dernières vingt-quatre heures, il n'y eut pas d'évacuation d'urine et la sonde introduite dans la vessie ne donna issue qu'à quelques gouttes do ce liquide.

Autopsie. — Le foie énormément tuméfié est d'une couleur jaunâtre par placo, très-dense et très-friable. Le volume de la rate est aussi augmenté. Les reins sont mous, un peu plus gros que de coutume et présentent au-dehors la même couleur jaune tachetée que le foie. Leur parenchyme est en grande partie envahi par la désorganisation que nous avons déjà si souvent mentionnée. La très-petite quantité d'urine trouble que contenait la vessie était très fortement coagulable.

XXXV.e *Obs.* — Jane Drummond, âgée de 68 ans, entra à l'infirmerie, le 12 avril 1831, dans un état de prostration tel, qu'elle ne put rien apprendre sur son état antérieur. On reconnut, par un examen attentif, l'existence d'une inflammation de la membrane muqueuse des bronches et de leurs ramifications. Elle mourut le 21 du même mois avec des accidens cérébraux tels que le délire, etc.

Autopsie. — Poumons emphysémateux antérieurement; en arrière d'une couleur rouge foncée, plus denses que dans l'état sain et infiltrés de sérosité. Un fragment d'os d'une forme irrégulière fut trouvé dans une des grosses divisions des bronches du côté droit; dans le voisinage de ce corps étranger, la membrane muqueuse est épaissie,

inégale à sa surface et très-injectée. Les deux reins sont d'une couleur pâle, et leur tissu fibreux est, dans plusieurs points, remplacé par la matière granuleuse jaunâtre; l'urine de la vessie coagule fortement.

XXXVI.e *Obs.* — William Skillan, âgé de 55 ans, portier, fut admis le 4 juillet 1831, à l'infirmerie, présentant tous les symptômes d'une bronchite et d'une pneumonie aiguës, qu'il disait résulter d'un coup reçu environ huit jours auparavant. L'odeur fétide de l'expectoration fit soupçonner l'existence d'une gangrène des poumons; de plus, outre les signes ordinaires d'une pneumonie, on observa que la percussion du thorax donnait un son sourd, et que le bruit de la respiration était complètement inappréciable dans toute la partie inférieure du poumon droit. Le malade mourut le 30.

Autopsie. — Une portion très-considérable de la base du poumon droit est dans un état de gangrène; le reste est très-dense et friable. Le poumon gauche est un peu plus dense que d'ordinaire et infiltré de sérosité. Une ossification assez étendue existe dans l'aorte avec ulcération de sa membrane interne. Les reins offrent à l'extérieur une couleur marbrée de gris et de rouge pourpre. Leur parenchyme est en grande partie envahi par la matière granuleuse jaune. L'urine coagule par la chaleur.

XXXVII.e *Obs.* — Alexander Henderson, âgé d'environ 30 ans, entré à l'infirmerie le 16 juillet 1831, pour un ulcère de la jambe gauche existant depuis un an environ, fut pris le 16 août, de symptômes ataxiques auxquels il succomba deux jours après.

Autopsie. — Épanchement peu considérable sous l'arachnoïde qui a un aspect laiteux; la quantité de sérosité est plus grande à la base du crâne. Foie marbré de gris et de jaune, et un peu granuleux dans sa texture intime. Reins un peu marbrés à l'extérieur, et présentant dans

leur parenchyme l'altération déjà décrite, à un assez haut degré. L'urine de la vessie est fortement coagulable.

XXXVIII.[e] *Obs.* — Isabella Mackensie, âgée de 53 ans, fut amenée à l'infirmerie, le 9 mars 1830, pour une maladie du cœur et des poumons existant depuis plusieurs années, et qui l'avait réduite à un état désespéré. Quelques jours après son entrée, une hémoptysie très-violente vint encore avancer les jours de la malade, qui mourut le 24.

Autopsie. — Poumon gauche profondément désorganisé, et contenant plusieurs petites cavernes. Épanchement séreux dans le péricarde et adhérences récentes dans quelques points entre cette membrane et le cœur. Valvules mitrale et sigmoïdes très-altérées; hypertrophie du ventricule gauche; anévrysme très-considérable de l'aorte pectorale qui adhère fortement au poumon gauche et à la colonne vertébrale, et qui a produit la carie de plusieurs vertèbres dorsales. Foie tuméfié, marbré et granuleux. Reins marbrés de jaune et de rouge à l'extérieur; leur substance corticale détruite par le dépôt granuleux jaunâtre qui dans plusieurs points s'étend à la substance tubuleuse. L'urine recueillie dans la vessie fournit un précipité floconneux très-abondant par la chaleur.

XXXIX.[e] *Obs.* — Agnès Smith, âgée de 47 ans, était attaquée depuis trois ans d'une maladie de poitrine lorsqu'elle entra à l'infirmerie le 10 février 1831. Deux jours après son admission, elle fut prise de diarrhée et de vomissemens que rien ne put arrêter, et elle mourut le 17 dans un état comateux.

Autopsie. — Poumon droit profondément altéré dans sa partie supérieure; le gauche est moins malade, mais il contient cependant beaucoup de tubercules. Le rein droit très-diminué de volume; il offre à l'extérieur et à l'inté-

rieur un aspect granuleux; son parenchyme est complètement désorganisé. Le gauche est affecté à un moindre degré. La vessie ne contenait pas une goutte d'urine.

XL.e *Obs.* — Margaret Jamieson, âgée de 28 ans, veuve, cachectique, fut admise le 13 novembre 1830 dans un état de phthisie très-avancée qui avait commencé quatre ans environ auparavant. Elle succomba le 4 février 1831.

Autopsie. — Poumons remplis de tubercules et de cavernes; foie très-volumineux, d'une couleur marbrée et d'un aspect grenu. La moitié du rein gauche est le siège d'une désorganisation complète, semblable à celle que nous avons déjà si souvent décrite; le droit paraît à-peu-près sain. Point d'urine dans la vessie.

XLI.e *Obs.* — Elisabeth Fraser, âgée de 41 ans, fut prise dans la matinée du 14 mai 1830, après s'être exposée au froid, de fièvre avec douleurs dans les membres et de coliques qui durèrent peu de temps. Le 15, elle se plaignait de sensibilité dans le ventre, mais sans distension; le 16, des vomissemens fréquens se manifestèrent; ils cédèrent facilement à l'usage de l'opium, mais reparurent promptement et s'accompagnèrent d'une faiblesse extrême, d'un pouls fréquent, petit et faible, de sécheresse de la langue, de froid des extrémités et d'un peu de délire. Malgré l'emploi des stimulans, l'état de cette femme empira rapidement et elle mourut le 23.

Autopsie. — L'estomac et les intestins parurent sains; le rein droit avait un volume beaucoup moindre que dans l'état naturel; son parenchyme offrait une désorganisation très-avancée; le rein gauche paraissait sain. Point d'urine dans la vessie.

XLII.e *Obs.* — Susan Smith, âgée de 32 ans, entra à l'infirmerie le 14 avril 1830 pour une fièvre typhoïde à laquelle elle succomba le 17, après avoir présenté des symptômes nerveux très-graves.

Autopsie. — Vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang et épanchement d'une certaine quantité de sérum sous l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux, estomac et intestins dans l'état normal. Reins volumineux, mous et comme flétris, et présentant à leur intérieur, surtout dans leur substance corticale, l'altération jaune déjà signalée. Pas d'urine dans la vessie.

XLIII.e *Obs.* — Jane Chapman, âgée de 40 ans, était d'une mauvaise santé depuis trois ans environ et sujette à des vomissemens fréquens et à une constipation opiniâtre. Elle avait eu à une époque antérieure un gonflement œdémateux des extrémités inférieures accompagné d'une diminution notable dans la sécrétion de l'urine. Elle entra à l'infirmerie le 12 mai 1831 pour de nombreux ulcères qu'elle portait à la jambe gauche et qui remontaient à plusieurs années. A cette époque, elle présentait tous les symptômes d'un état ataxique grave; l'urine était très-peu abondante, et même souvent nulle. Elle mourut le 15 du même mois.

Autopsie. — Épanchement considérable de sérosité sous l'arachnoïde, à la base du cerveau et dans les ventricules latéraux; cerveau sain et presque exsangue; poumons, cœur, estomac, foie, etc., dans l'état normal. Le rein droit diminué de volume, lobulé et inégal à l'extérieur, est profondément altéré dans son tissu propre. Le gauche présente une désorganisation semblable, seulement son volume n'est pas diminué. Pas d'urine dans la vessie.

XLIV.e *Obs.* — John Hay, âgé de 52 ans, journalier très-robuste, fut soumis à l'opération de la taille le 21 mars 1831, pour le débarrasser d'une pierre très-volumineuse. Peu après l'opération, il se plaignit de douleurs dans le dos et d'un sentiment de plénitude et de gêne dans la région épigastrique, suivi d'éructations fréquentes. Le 22

au soir, l'urine qui jusque là avait coulé très-abondamment devint très-rare; la respiration s'accéléra et devint difficile; le pouls s'affaiblit, etc. Le 25, peu d'urine s'est écoulé, les extrémités sont froides et le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — Estomac et intestins très-distendus; cependant aucune trace d'inflammation dans toute leur étendue. Infiltration considérable dans les environs de la plaie résultant de l'opération; quelques points même ont une apparence gangreneuse. Reins plus gros et plus mous que d'ordinaire, d'une couleur marbrée en dehors et présentant la dégénérescence jaune, à un assez haut degré. Pas d'urine dans la vessie dont les parois sont très-épaissies et injectées.

XLV.e *Obs.* — Thomas Hodge, âgé d'environ 50 ans, fut admis à l'infirmerie le 23 mai 1831 pour un gonflement tympanique de l'abdomen avec un peu de sensibilité dans l'hypogastre. On ne put obtenir de lui de renseignemens sur son état antérieur; seulement on comprit qu'il était très-constipé et qu'il n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures. Le pouls était fréquent, petit et faible, la langue sèche et la soif vive; à cet état se joignaient des nausées et quelques vomissemens peu abondans. L'introduction de la sonde ne donna pas d'urine. Les extrémités se refroidirent, la respiration devint difficile et le malade mourut le 25 dans un état comateux.

Autopsie. — Signes d'une péritonite très-étendue avec épanchement d'une matière purulente et floconneuse dans la cavité abdominale et à la surface des intestins. Reins volumineux et ramollis, leur parenchyme est presque totalement envahi par la dégénérescence jaune; pas d'urine dans la vessie.

En examinant l'ensemble des faits que nous avons précédemment rapportés, on remarque d'abord qu'aucun des individus sujets de ces observations n'était âgé de

moins de vingt ans; tandis que la majeure partie était au-dessus de quarante, et qu'un avait même atteint sa quatre-vingt-dixième année. Le seul exemple que M. Gregory ait eu de cette maladie affectant un individu avant l'âge de la puberté est celui d'une petite fille de huit ans, traitée par M. Christison. Cet enfant était scrofuleuse et d'une maigreur extrême. Elle avait été affectée d'une toux très-violente pendant le cours d'une rougeole assez grave. A cette maladie avaient succédé des vomissemens, une diarrhée rebelle, une diminution de sécrétion d'urine, une ascite et un œdème considérable des jambes, des mains, de la figure et surtout des grandes lèvres qui étaient excoriées et présentaient même plusieurs points gangréneux. L'urine était peu colorée, d'une pesanteur spécifique de 1011, et très-albumineuse. Les poumons étaient farcis de tubercules, et dans le gauche il existait plusieurs cavernes. Les reins étaient marbrés de jaune et de rouge en-dehors, et le droit avait un volume moindre que d'ordinaire. La substance corticale de ces organes était jaune, ressemblant un peu à de la graisse, et dans plusieurs points offrant un aspect granuleux. Cette couleur contrastait fortement avec la teinte rouge ou pourpre de la substance tubuleuse qui cependant, dans plusieurs points, présentait un commencement de dégénérescence analogue.

Cette rareté de la maladie qui nous occupe, chez les enfans et chez les individus qui n'ont pas atteint l'âge de puberté, est confirmée par les observations de M. Bright. En effet, sur vingt-quatre individus dont il a donné l'observation, un seul était au-dessous de l'âge de puberté.

Les observations que nous avons rapportées viennent encore à l'appui de ce que ce médecin a dit de la fréquence et du danger des complications de cette maladie avec di-

verses affections des organes intérieurs, mais il ne paraît pas en résulter, comme il l'a avancé d'après son expérience, que dans ces cas les membranes muqueuses soient plus particulièrement le siége d'un état inflammatoire. Ainsi, sur les quarante-cinq cas exposés ci-dessus, l'examen du cadavre a eu lieu dans quarante-un; dans trente-cinq, on a trouvé les poumons, le cœur, le foie ou les intestins plus ou moins profondément altérés dans la proportion suivante: Dans vingt-deux cas, les poumons étaient évidemment malades; dans quatre, il y avait une inflammation de la plèvre; dans dix-sept, le foie présentait des lésions plus ou moins prononcées; dans douze, cet organe était parfaitement sain; dans sept, c'étaient le cœur et les gros vaisseaux qui étaient le siége de lésions plus ou moins graves; dans quatre enfin, il y avait une inflammation évidente du péritoine.

Dans huit cas, sur les quarante-un que nous venons de signaler, on a observé que l'urine est devenue très-rare ou bien a été tout-à-fait supprimée vingt-quatre heures ou plus avant la mort. Dans cinq de ces cas la mort a été précédée par un état de coma plus ou moins profond et par d'autres symptômes cérébraux; mais dans les trois autres rien de semblable n'a eu lieu, quoique dans l'un d'eux, celui de Robert Johnston (*obs.* XXV.e), la sécrétion de l'urine ait été supprimée presque complètement neuf jours avant la terminaison fatale. Il faut cependant remarquer que dans deux de ces cas il y a eu une diarrhée très-rebelle avant la mort, et que dans le troisième la maladie s'est montrée à la suite de la lithotomie. A l'exception de la femme Carmichael (*obs.* XI.e), qui avait une maladie organique tuberculeuse du cerveau, le cas de William Wilson (*obs.* VI.e), est le seul de tous ceux que nous avons rapportés, dans lequel les symptômes qui se montrèrent pendant le cours de la maladie

des reins pussent manifestement être attribués à une affection cérébrale.

Dans dix cas sur onze, dans lesquels la tête a été examinée après la mort, on a trouvé un épanchement de sérosité plus ou moins abondant à la surface du cerveau, dans les ventricules ou à la base du crâne; mais dans aucun d'eux il n'y avait d'injection ni de turgescence bien marquée des vaisseaux. Dans trois cas, sur les quarante-un dans lesquels l'autopsie a été faite, on n'a pu découvrir de lésion dans aucun autre organe que les reins.

Le point le plus important qui ressort des observations précédemment rapportées, est que cette altération de structure des reins existe fréquemment, quelquefois même à un très-haut degré, et se termine d'une manière funeste sans donner lieu à aucun symptôme quelconque d'hydropisie. Sur les quarante-cinq cas précédens, vingt n'ont présenté aucun symptôme d'hydropisie, quoique dans tous les reins offrissent une altération organique plus ou moins profonde. L'expérience a démontré que l'urine était albumineuse pendant la vie dans cinq de ces cas, et dans huit après la mort.

Dans les cas qui ont présenté des symptômes d'hydropisie, l'œdème, quoique généralement très-rebelle, a été rarement assez considérable pour causer une distension énorme des membres, et l'opération de la paracentèse n'a été nécessaire qu'une seule fois (*obs.* XI), et encore dans ce cas la maladie des reins était-elle compliquée d'une altération très-grande du foie. On a pu voir aussi que dans beaucoup de cas les symptômes de l'hydropisie ont diminué beaucoup et même complètement disparu quelque temps avant la mort.

(*La suite au prochain Numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

CONNEXION DES VAISSEAUX DE LA MÈRE AVEC CEUX DU CORDON OMBILICAL; *par S. C. Holland, M. D.* — I.re *Experience.* — On fit périr, au moyen de l'acide hydrocyanique, une lapine arrivée au terme de la gestation. Un quart d'heure après la mort, on fixa dans la partie inférieure de l'aorte, immédiatement au-dessus de sa division en iliaques, le tube d'un appareil à injection au mercure. Au bout d'un petit nombre de minutes on aperçut un grand nombre de petits vaisseaux de la surface extérieure de l'utérus magnifiquement injectés. On continua l'injection pendant près de trois quarts d'heure; mais au bout de ce temps, la rupture de plusieurs vaisseaux obligea de s'arrêter. En ouvrant la matrice, on trouva la portion utérine de quatre placentas très-bien injectée, et l'on observa que l'injection avait pénétré dans quelques vaisseaux de la portion fœtale dans deux de ces organes. Aucune parcelle de mercure n'avait passé dans les vaisseaux du cordon ombilical.

II.e *Exp.* — Le but de cette expérience était de s'assurer s'il serait possible d'injecter la totalité du placenta et les vaisseaux du cordon avec une matière colorée et très-ténue poussée par la partie inférieure de l'aorte. On fit périr de la même manière que dans l'expérience précédente un chienne prête à mettre bas, et on commença l'expérience aussitôt après la mort. L'examen du résultat n'eut lieu que le jour suivant. Tous les placentas étaient parfaitement bien injectés; mais les vaisseaux du cordon n'offraient aucune trace d'injection. On voyait très-facilement et très-distinctement des vaisseaux injectés se rendre de l'utérus dans le placenta. La meilleure manière de s'assurer de ce fait est de détacher graduellement et sous l'eau le placenta de la surface de la matrice. MM. Knight, Fawel, W. Jackson, J. Ray et W. Gregory ont été témoins de cette expérience.

III.e *Exp.* — Après avoir fait périr, par le moyen de l'acide prussique, une chatte arrivée au terme de la gestation, on la laissa pendant deux heures en repos, après quoi on la ploogea dans de l'eau tiède pendant une heure et demie, et on poussa dans la partie inférieure de l'aorte une injection très-fine. Deux jours après, une des artères allant d'un des fœtus au placenta fut injecté avec du mercure. En examinant le placenta, on trouva que la portion fœtale avait reçu une quantité considérable de l'injection colorée, la to-

talité de la surface fœtale présentait une multitude de petits vaisseaux qui offraient l'aspect de belles arborisations. Les vaisseaux du cordon étaient dans leur état naturel; ceux de la portion fœtale étaient complètement injectés avec le mercure. Cependant on ne pouvait découvrir aucune connexion les deux ordres de vaisseaux injectés. Plusieurs autres expériences furent faites sur chacun des fœtus pour constater la nature de la connexion entre l'utérus et le cordon ombilical. L'auteur n'en rapporte pas les détails : il dit seulement que les résultats ont été exactement semblables à ceux que nous venons d'indiquer.

Dans la première expérience, il n'y a rien de remarquable, sinon l'injection des vaisseaux de la portion fœtale du placenta. Dans la seconde expérience, l'injection a parfaitement réussi, et cependant on n'en trouva aucune trace dans les vaisseaux du cordon. Les résultats de la troisième expérience sont extrêmement intéressans. En apparence, la totalité de chaque placenta avait été complètement injectée, et cependant un grand nombre de vaisseaux de la portion fœtale apparurent lorsqu'on fit l'injection avec le mercure; ce qui prouve que le liquide coloré n'avait pénétré que dans un ordre de vaisseaux. (*Extrait de l'ouvrage du docteur Holland, intitulé :* Physiology of the fœtus, liver and spleen.)

Formation du ganglion du nerf sous-occipital ; *par Lud. Vittorini, D.-M.* — Sœmmering, Cloquet et Meckel, en parlant du nerf sous-occipital, disent que son ganglion se trouve à l'union des deux racines de ce nerf. Les recherches que M. Vittorini a faites sur plus de quatre-vingts cadavres lui ont démontré d'une manière indubitable que ce ganglion se trouve constamment sur la racine postérieure, trois ou quatre lignes avant sa réunion avec l'antérieure. « Il ne m'est pas arrivé de voir la racine postérieure manquer et le nerf n'être alors formé que de la racine antérieure, comme l'ont vu quelquefois Morgagni et Vieq-d'Azyr. La seule anomalie que j'aie rencontrée, était dans le trajet des fibres de la racine postérieure; ces fibres étaient partagées en deux faisceaux dont l'un était situé en avant et l'autre en arrière du nerf accessoire que l'on apercevait renfermé et serré entre ces deux faisceaux. Les fibres de l'antérieure se réunissaient toutes au nerf accessoire en formant un très-petit ganglion, celles du faisceau postérieur s'unissaient en partie à ce ganglion ; et en partie passaient au-delà pour se réunir à quelques fibres du faisceau antérieur. C'était cette réunion qui formait le reste de la racine postérieure qui, à partir de ce point, avait un trajet régulier. (*Osservatore medico*, juillet 1831).

Pathologie.

ACCIDENS OCCASIONNÉS PAR L'USAGE DE QUELQUES ESPÈCES DE FARDS. — Ire *Obs. par le Dr Krimer.* — Une fort belle femme, qui était devenue très-pâle par suite d'une leucorrhée dont elle était affectée depuis deux ans, commença à se farder la face, le cou et les bras avec un fard rouge et un fard blanc dans la composition desquels entraient des préparations saturnines et de l'oxyde de bismuth. Au bout de six mois se manifestèrent des douleurs à l'estomac, de la dyspepsie, des coliques, des constipations et une légère raideur de toutes les articulations. Plus tard, des coliques et des céphalalgies fréquentes obligèrent la malade de garder le lit presque constamment. A ces maux se joignirent, pendant l'usage des bains de Spa, des contractions dans les membres. Peu de temps après une fièvre violente se déclara, accompagnée de délire et de convulsions Ces nouveaux accidens ayant été combattus avec succès, on envoya la malade à Aix la Chapelle, où M. Krimer la vit dans l'état suivant : cheveux presque tous tombés ; face pâle, ridée ; œil droit frappé d'amaurose ; bouche tirée à droite ; partie droite de la langue paralysée ; tête dirigée obliquement vers le côté droit et continuellement vacillante ; seins presque effacés ; corps amaigri au dernier degré ; jambes tirées vers le bas-ventre, immobiles et douloureuses ; mains ankylosées et paralysées ; région ombilicale de l'abdomen rétractée jusqu'à la colonne vertébrale, tendue et très-douloureuse. — M. K. reconnut l'empoisonnement par le plomb, opinion dans laquelle le confirma encore l'examen du fard. Il prescrivit l'usage de la source de l'Empereur, trois fois par jour huit gouttes de laudanum et des lavemens résolutifs. Aucun changement ne s'étant fait voir au bout de trois mois, la malade entreprit un voyage à Naples, pour y faire usage des bains de la Solfatare ; mais après avoir pris quelques bains, elle tomba en démence, devint complètement aveugle et paralytique, et mourut bientôt après.

II.e *Obs. par le même.* — Une jeune demoiselle, d'une santé florissante, mais un peu brune, se frotta la face et le cou avec du blanc de krems assez long-temps pour qu'un drap noir, passé sur ces parties, ne fut plus blanchi. Une sœur cadette de cette demoiselle était, à cette époque, affectée d'une éruption pustuleuse contre laquelle elle employait une solution concentrée de sulfure de potasse. L'aînée portant aussi quelques petits boutons au front, voulut également les faire passer au moyen de la solution dont se servait sa sœur ; en conséquence, elle s'en servit un soir pour se laver et en imprégna une compresse qu'elle laissa sur le front pendant la nuit. Mais quelle fut sa terreur lorsque le matin, en se regardant dans la

glace, elle se vit noire comme une négresse à la face et au cou ! L'oxyde de plomb noirci par le sulfure de potasse ayant pénétré la peau trop profondément ne put pas être enlevé par l'eau. On aurait pu y remédier par des lotions avec l'acide nitrique ou muriatique étendu ; mais la demoiselle était trop honteuse pour recevoir qui que soit ; elle se renferma chez elle pendant près de six semaines, au bout desquelles l'épiderme noirci se détacha.

III.e *Obs. par le même.* — Une femme très-coquette fut longtemps admirée à cause de la blancheur éblouissante de sa peau ; on savait qu'elle ne se fardait pas, mais qu'elle se bornait à se parfumer fortement. Il arriva qu'étant un soir en société, une chandelle allumée lui tomba par hasard sur le bras nu ; aussitôt ce membre fut entouré d'une flamme claire, rougeâtre et d'une fumée blanche qui sentait l'ail. On arrêta de suite cet incendie, qu'on ne concevait pas, lorsque la dame encore toute consternée avoua au D.r K. qu'elle se lavait avec un savon qui contenait du phosphore et luisait à l'obscurité, ce qui, à une douce clarté, donnait à la peau une blancheur éblouissante. Près de cinq semaines se passèrent avant que les brûlures fussent guéries.

IV.e *Obs. par le Dr Hohnbaum.* — Une dame âgée de 49 ans, était affectée depuis 14 années et sans qu'on en connût la cause, d'une maladie très-compliquée, qui avait commencé par des coliques, de la constipation, des éructations, une sensation douloureuse dans la région de l'estomac, de la lassitude, de la céphalalgie et de la tuméfaction du bas-ventre. Plus tard, se manifestèrent périodiquement des syncopes, des tremblemens, de l'anxiété, de l'oppression, des vertiges et l'hémiopie ; en même temps la malade resta constamment affectée de constipation et d'une sensation douloureuse dans la région des quatre premières vertèbres cervicales, sensation qui empêchait les mouvemens de rotation du cou, et était accompagnée d'une espèce de crépitation, comme si ces parties n'étaient pas suffisamment humides. La peau était constamment sèche et comme du parchemin. La raideur du cou obligeait la malade de tenir la tête penchée d'un côté. Pendant le cours de la maladie, qui fut quelquefois varié par des céphalalgies et des vomissemens, on observa aussi une dureté notable qui s'étendait du creux de l'estomac jusqu'à la région iliaque droite et qui, vers sa partie supérieure, était très-douloureuse. Après avoir passé dans cet état un grand nombre d'années, la malade, à la suite d'affections vives de l'âme, fut prise subitement d'accès de suffocation périodiques, accompagnés de palpitations violentes ; les forces diminuèrent, des ulcérations superficielles se manifestèrent dans la gorge, dont le conduit auditif externe et près des ongles de plusieurs doigts, et la mort arriva

précédée de délire et de difficulté de respirer. — C'est seulement alors qu'on apprit que la malade s'était fardée pendant de longues années avec un onguent contenu dans de petits pots sur lesquels était écrit : *Gervais Chardin, à la cloche d'argent, à Paris*, onguent qui fut trouvé contenir en grande proportion un sel de plomb. — A l'ouverture du cadavre l'on trouva les vaisseaux sanguins du cerveau gorgés de sang ; beaucoup de sérosité dans les ventricules, entre les circonvolutions, à la base du crâne, et dans une espèce de poche formée par les méninges en avant de l'hémisphère antérieur ; les muscles de la poitrine très-amaigris ; plusieurs hydatides au sommet du poumon droit ; de l'eau dans la cavité des plèvres ; le péricarde et le cœur enflammés, d'un rouge vif ; le cœur moins consistant, comme gangréné en quelques endroits, et en d'autres recouvert d'une exsudation blanchâtre. Le foie était fortement augmenté de volume, et s'étendait depuis la cavité pectorale à droite jusqu'à la quatrième, à gauche jusqu'à la cinquième vraie côte, et remplissait presque toute la cavité abdominale. Par suite d'une déviation de la colonne lombaire à droite et en avant, la partie inférieure du foie était poussée en avant, et par suite la partie supérieure de cet organe comprimait l'estomac qui ressemblait à un gros intestin, et était fortement enflammé à l'extérieur. Le pancréas était plus dur qu'à l'ordinaire, les intestins grêles rétrécis et enflammés, les veines de l'abdomen gorgées de sang. Dans la cavité péritonéale on trouva quatre livres de sérosité ; il y avait peu de sang dans le cadavre. L'ouverture du canal rachidien ne fut pas accordée. (*Mediciniches Conversationsblatt*, 1831, N.° XIV.)

Maladie organique et vice de conformation du cœur ; *observation du docteur Kiecke*. — Une demoiselle de 25 ans, bien portante, fut infectée en 1824, par un malade attaqué du typhus. Le 7.e jour de la maladie, des palpitations violentes se joignirent au typhus, durèrent plusieurs jours et reparurent également plus tard à diverses reprises. Les jours suivans, la malade fut prise de vomissemens qui se répétèrent également pendant quelques semaines. Le 15e jour, diminution de la sueur, tête prise, toux et miliaire crytalline ; avant que le typhus n'eut atteint son plus haut degré d'intensité survinrent des douleurs arthritiques dans un pied, remplacées au bout de quinze jours par de la fièvre et un œdème des pieds qui ne disparut qu'après huit semaines. Au bout de cinq mois, pendant lesquels la malade avait eu souvent de l'oppression de poitrine et des palpitations, et n'avait pu marcher que lentement, une hémoptysie violente se manifesta et fut combattue avec succès par une saignée. La malade continua à prendre des médicamens jusqu'à ce qu'elle crut s'aper-

cevoir d'une diminution de sa dyspnée et de ses palpitations; cependant durant les dix-huit mois suivans, elle réclama trois fois les soins médicaux pour ces mêmes accidens, qui occasionnaient souvent des vomissemens. En février 1827, la menstruation se supprima; ce qui fut suivi d'un grand nombre de maux auxquels la malade succomba au bout de six mois, trois années et demie après le typhus. Dans les derniers temps, elle avait perdu la voix et elle vomissait beaucoup toutes les fois que ses palpitations augmentaient. A l'ouverture du cadavre, le cœur fut trouvé flasque et *sans oreillette droite*; à sa place on voyait un canal veineux long d'un pouce, large d'un pouce et demi, et qui s'étendait du cœur à la réunion des deux veines caves; on ne voyait de l'oreillette qu'un petit reste du septum et une trace grande comme un pois, do l'appendice auriculaire. A la réunion de ce canal veineux avec le cœur, un bourrelet circulaire indiquait la place des valvules; cette ouverture était cependant tellement élargie, que la cavité de ce canal veineux et celle de la partie supérieure du ventricule droit n'en formaient qu'une. Mais dans le ventricule droit une colonne charnue très-grande et quelques autres plus petites formaient une cloison transversale par laquelle ce ventricule était partagé en cavité supérieure et inférieure; une concrétion polypeuse mince, mais ferme, occupait la cavité supérieure et s'étendait jusque dans la veine cave inférieure; les artères pulmonaires étaient considérablement élargies; le cœur gauche très-petit; les poumons farcis de tubercules; le diaphragme très-mince, membraniforme, le foie gras, jaune, dur à l'extérieur, intérieurement mou, sec et cassant. (*Hufeland's Journal*, juillet 1831.)

Hypertrophie du ventricule gauche; altération particulière de l'aorte, angine; emphysème et œdème des poumons; *obs. par le D.r Hope*. — David Keith, âgé de 70 ans, d'une taille moyenne, amaigri, blêmo, avec une rougeur circonscrite des joues, fut reçu à l'hôpital Saint-Georges, le 2 septembre 1829. Il était sujet à une vive douleur au bas du sternum et en travers de l'épigastre, qui se manifestait vers le milieu de la nuit, et s'accompagnait d'orthopnée qui allait presque jusqu'à la suffocation; l'accès durait plusieurs heures. Les symptômes qu'il présente sont de la toux, de la dyspnée au moindre mouvement; impossibilité de développer l'un et l'autre côté de la poitrine, dont la résonnance est bonne, si ce n'est qu'en quelques endroits (en avant et en haut); elle est plus sonore qu'à l'ordinaire; pouls à 116, large et fort, ventre régulier, flatuosités. D'après le malade, les accès d'asthme ne datent que de deux mois, et il les attribue à une toux violente qui existait déjà depuis deux mois à cette époque; avant ce temps il n'avait jamais éprouvé de dyspnée. On lui avait fait prendre des purgatifs et on l'avait saigné; à l'auscultation, l'impulsion du

cœur n'est pas considérable. Les deux bruits sont courts et mats, et assez forts pour être facilement entendus au-dessus de la clavicule droite; au-dessous, ils sont obscurcis par un râle catarrhal; sous l'influence du traitement les accès d'asthme furent diminués pendant une semaine, mais ils revinrent avec une nouvelle violence après un refroidissement. Le 13 octobre, la toux était plus pénible, l'expectoration impossible par faiblesse, la dyspnée, l'émaciation et la pâleur plus considérables, la voix éteinte, le pouls à 98, inégal, la langue sèche, soif, anorexie, forts râles sonores dans toute la partie antérieure de la poitrine. Il mourut le 28 du même mois.

Autopsie. — Le ventricule gauche avait des parois épaisses d'un pouce; il était dilaté de la moitié de sa capacité normale; ses fibres musculaires étaient rouges et fermes; le ventricule dilaté également, mais sans épaississement. Le bord des valvules légèrement fibro-cartilagineux, mais pas assez pour avoir déterminé des symptômes; l'aorte, dans l'étendue d'un pouce et demi au-delà des valvules, était un peu dilatée; elle était au contraire contractée à l'origine de la sous-clavière gauche; sa surface interne était garnie d'une matière ferme, caséiforme, entremêlée avec des plaques calcaires. Cet état persistait jusqu'à la bifurcation pelvienne. Les poumons ne s'affaissèrent point à l'ouverture de la poitrine; ils étaient entièrement emphysémateux et œdémateux; les vésicules aériennes étaient dilatées au point que quelques-unes pouvaient admettre la tête d'une épingle; leur état d'insufflation rendait plusieurs lobules superficiels apparens et très-pâles; les lobes inférieurs étaient hépatisés, couleur chocolat, plus pesans que l'eau, sans ramollissement ni pus. Quelques-unes des grosses bronches étaient d'un rouge-brun ineffaçable, et contenaient du mucus purulent. (*Treatise on the diseases of the heart.*)

Maladie de la rate et du foie simulant une affection organique du cœur ou un anévrysme de l'aorte; *observ. par J. Franklin Vaughan.* — Une femme mariée, mère de plusieurs enfans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, fut prise d'une *fièvre bilieuse* qu'on traita par des moyens anti-phlogistiques actifs. En peu de temps, la fièvre céda, les toniques furent prescrits et la malade entra en convalescence. Au bout de six semaines, le médecin fut appelé en toute hâte. Il trouva cette femme dans un état de suffocation imminente; de violentes palpitations et un sentiment de pesanteur insupportable, accompagné d'une vive douleur, se faisaient sentir à la région du cœur. Une saignée apporta quelque soulagement sans diminuer les palpitations ni la douleur. Le médecin appela à son aide les lumières d'un de ses confrères, et il fut décidé que le cas était *ou une affection organique du cœur, ou*

un anévrysme de l'aorte à sa courbure. D'après ce jugement, on adopta un traitement palliatif: saignée deux ou trois fois par semaine suivant la violence des symptômes alors. Le docteur Vaughan fut appelé: les palpitations du cœur étaient si violentes qu'elles soulevaient les couvertures du lit, et qu'elles étaient visibles de fort loin. Le plus profond désespoir était empreint sur les traits de la malade à qui l'on avait appris le terrible pronostic qui avait été porté. Elle était pâle et considérablement affaiblie; aucune évacuation abdominale ne pouvait avoir lieu sans un purgatif; le pouls était filiforme et fréquent. D'après l'histoire de la maladie et les résultats qu'il obtint de l'auscultation, le docteur Vaughan fut porté à croire qu'il n'existait ni maladie du cœur, ni anévrysme aortique; il dirigea donc ses recherches plus loin, et trouva la rate considérablement développée et indurée; le foie, volumineux et dur, était douloureux à la pression; l'estomac était dans l'état qu'on peut supposer avec un tel désordre de toute l'économie. — Une légère salivation fut déterminée à l'aide des pilules mercurielles (*bleu pills*) et entretenue pendant un mois; un vésicatoire fut appliqué sur la rate et sur le foie, et fut pansé aussitôt qu'il fut possible avec l'onguent mercuriel. On prescrivit un régime léger, mais plus nourrissant, une société agréable, etc. Peu de temps après l'établissement du ptyalisme, les fonctions de l'intestin reprirent leur régularité, et le volume du foie et de la rate commença à diminuer; en même temps, les palpitations perdirent de leur force; la douleur, l'oppression cessèrent, et la santé fut enfin parfaitement rétablie. Pendant la convalescence, on eut recours aux toniques, particulièrement au quinquina et à la racine de valériane, à une alimentation nourrissante, et, quand les forces le permirent, à l'exercice du cheval. (*The London med. and physical journal.* Janvier 1832.)

Sur le ramollissement de la rate ou spléno-malacie; *par Hachmann, D. M. à Hambourg.* — Les maladies de la rate, peu connues et peu étudiées jusqu'ici, sont fréquentes chez les femmes; mais elles le sont bien plus encore chez les habitans des contrées humides et marécageuses où règnent des fièvres rémittentes et intermittentes épidémiques. Les contrées les plus remarquables sous ce rapport, sont les côtes de Danemarck, l'île de Walcheren, les Marais-Pontins, la Caroline du sud, etc., etc., et l'une des affections de la rate qui y sont les plus communes c'est le ramollissement de cet organe que M. Hachmann désigne sous le nom de *spléno-malacie.* Cette maladie, quelquefois sporadique, est le plus souvent épidémique ou endémique, et elle s'observe non-seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux. Dans la dernière épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans le nord de l'Allemagne, la

spléno-malacie et l'hypertrophie de la rate étaient tellement fréquentes, que le docteur Dohrn a donné à la maladie le nom de *splénite épidémique contagieuse*. Les fièvres de Sardaigne se terminent souvent aussi par la lésion anatomique qui nous occupe.

Suivant M. Hachmann, la spléno-malacie dépend d'une forte congestion ou d'une inflammation. Cette dernière présente deux degrés, celui de l'irritation et celui du ramollissement. Le premier degré est caractérisé par une série de symptômes dont voici les principaux. Il se manifeste d'abord une fièvre avec prédominance des symptômes gastriques, et dont le type varie suivant la saison et le climat. Dans les pays chauds et marécageux, et pendant l'été dans les climats tempérés, les accès fébriles, ordinairement précédés d'un frisson, sont très-rapprochés l'un de l'autre, au point souvent de faire croire à l'existence d'une fièvre continue rémittente. Les frissons, dont la durée et la violence varient, sont suivis d'une chaleur brûlante à laquelle succède une sueur très-abondante. Au commencement de l'accès et pendant toute la durée du frisson, il survient des vomissemens d'un liquide clair auquel souvent se mêle de la bile. Ces vomissemens cessent avec le commencement de la chaleur, et reparaissent avec le frisson de chaque accès. A ces symptômes se joint une anxiété précordiale qui a les mêmes exacerbations et les mêmes rémittences que la fièvre. Ce symptôme, d'après l'auteur, est un des plus essentiels, et ne manque jamais entièrement chez aucun des malades; quelquefois même il acquiert une intensité telle que la respiration est très-gênée. On observe en outre, dès le début de la maladie, une grande lassitude, de vives douleurs dans les membres, des vertiges, la rougeur de la face et des conjonctives, une soif ardente avec augmentation de l'anxiété précordiale lorsque le malade la satisfait. La langue, d'abord d'un rouge pâle et couverte d'un enduit blanc-jaunâtre, devient d'un rouge plus vif, se gerce et se couvre fréquemment d'aphthes; cependant elle conserve long-temps de l'humidité. Le ventre est balloné, tendu et douloureux dans la région épigastrique. Dans ce point le malade éprouve une pulsation très-sensible qui, à mesure que l'affection fait des progrès, s'étend jusqu'à la région de la rate. La fièvre le plus souvent s'accompagne d'une diarrhée qui donne lieu à dix ou quinze selles dans les vingt-quatre heures. Les matières des évacuations alvines sont noirâtres, verdâtres, aqueuses et souvent très-fétides. Les selles sont plus fréquentes pendant les exacerbations, ce qui, joint aux vomissemens, donne à la maladie une assez grande ressemblance avec le choléra-morbus. Enfin il y a de l'agitation, de l'insomnie, des hallucinations, du délire; le pouls est variable : d'abord plein et mou, il devient plus tard petit, tendu et très-fréquent; quelquefois il est

au contraire très-lent et intermittent; dans quelques cas il ne s'écarte presque pas de son rythme normal.

Le second degré de la maladie, ou le passage au ramollissement est annoncé par un collapsus profond et par l'apparition des symptômes typhoïdes. La mort survient souvent à la suite d'un état comateux qui simule une apoplexie.

La marche de la spléno-malacie est ordinairement aiguë, et le ramollissement peut se faire dans l'espace de dix à douze jours. Cependant elle peut être chronique, comme l'auteur en a vu plusieurs exemples.

L'examen des cadavres a fait voir à M. Hachmann que le ramollissement de la rate pouvait exister à plusieurs degrés. Dans le premier degré, l'organe est gorgé d'un sang noir ou d'un brun sale, au milieu duquel on ne peut plus distinguer le réseau capillaire. De plus, la rate est plus friable que dans l'état normal; la pression en fait sortir une grande quantité de sang d'une teinte foncée et plus ou moins épais; quelquefois il ne reste plus qu'une poche contenant du sang noir ou une matière molle, couleur de chocolat. Dans le plus haut degré de ramollissement, la rate se déchire spontanément pendant la vie, et la matière qu'elle contient s'épanche dans l'abdomen et produit des symptômes promptement mortels. Le volume de l'organe ainsi ramolli est ordinairement beaucoup augmenté, surtout si l'individu était atteint d'une fièvre endémique rémittente ou intermittente; quelquefois cependant l'augmentation de volume est peu considérable. A la fin de son mémoire, l'auteur rapporte huit cas de spléno-malacie aiguë et un cas de ramollissement chronique de la rate. (*Hecker's litterarische Annalen der gesammten Heilkunde*, octobre 1830.)

Eruption cutanée produite par l'emploi du poivre cubèbe; *obs. par M. North.* — Dans le tome XXVII de ce Journal, page 407, nous avons rapporté une observation d'un cas d'éruption rubéolique causée par l'emploi d'un mélange de copahu, de cubèbe et de magnésie. Les faits que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs viennent confirmer la propriété singulière de ce médicament.

Le capitaine P.... après avoir essayé plusieurs moyens pour se débarrasser d'une gonorrhée rebelle, quoique très-peu violente, prit trois fois par jour, de son propre mouvement, de grandes doses de poivre cubèbe. Le 4.e jour il éprouva une grande agitation, de la coloration de la face, des maux de cœur et de tête. Le 5.e jour, il fut couvert de la tête aux pieds d'une éruption rubéolique qui était accompagnée d'une fièvre sympathique assez vive. On cessa l'emploi du cubèbe, et quelques jours de repos et de légers laxatifs suffirent pour faire disparaître tous les accidens. A quelque temps

de là M. P. voulut essayer de nouveau ce remède, mais il fut obligé de le cesser après la première dose, car l'agitation et le malaise qui avaient précédé l'éruption la première fois, se firent sentir presque immédiatement.

M.me T .. était depuis fort long-temps tourmentée par une leucorrhée très-violente, et, par fausse honte, n'avait pas voulu demander conseil à son médecin. Une dame de ses amies lui conseilla d'essayer le poivre cubèbe à la dose d'une petite cuillerée à thé deux fois par jour. Après les deux premières prises, M.me T. éprouva de la fièvre avec picotemens et chaleur sur toute la surface du corps ; elle se plaignit en outre d'une sensation de tension très-désagréable dans les yeux et d'engourdissement dans les mains et dans les pieds. Le 3.e jour, une teinte rouge se répandit sur tout le corps, et le 4.e jour une éruption très-marquée se manifesta. On cessa alors l'usage du cubèbe ; la malade en avait pris six doses en tout. Le 5.e jour, les symptômes étant plus violens, M. North fut appelé et la trouva dans l'état suivant : traits tellement altérés qu'on pouvait à peine reconnaître la malade ; face excessivement gonflée, yeux tuméfiés et larmoyans ; lèvres bouffies, sèches et brillantes ; enchiffrènement très-fort, mains très-gonflées et si raides qu'elle ne pouvait ployer les doigts, respiration précipitée et difficile, pouls donnant de 120 à 130 pulsations par minutes, chaleur brûlante à la peau, soif vive, langue très-blanche, nausées continuelles, et par fois vomissement. Toute la surface du corps en outre était couverte d'une éruption qui, dans quelques points, ressemblait exactement à l'urticaire fébrile, tandis que dans d'autres, elle présentait plutôt l'apparence du *lichen* à son état papulaire, mais avec beaucoup plus d'inflammation autour de la base des boutons qu'il n'en existe ordinairement dans cette maladie. Il fallut quinze jours de repos et l'emploi des laxatifs et d'autres moyens adoucissans, pour que la malade fût complètement guérie de cette affection singulière.

Deux autres cas du même genre, mais dans lesquels les accidens ont été beaucoup moins violens, ont été observés par M. North. Enfin il cite le cas de deux domestiques d'une grande maison qui furent pris tout-à-coup d'une maladie éruptive ressemblant à l'urticaire, mais en différant cependant sous certains rapports. Le maître, alarmé de l'état de ses domestiques, consulta le médecin ordinaire de la maison, qui, avec plus de sincérité que de jugement, avoua qu'il ne pouvait se rendre compte de cette maladie ni de la cause qui l'avait produite. Un autre médecin auquel on demanda son avis, et qui avait vu souvent des éruptions cutanées résultant de l'emploi du cubèbe, déclara que probablement on avait fait usage de ce médicament, et que tous les accidens ne tarderaient pas à se dissiper. Il

en était précisément ainsi ; les hommes avaient eu un écoulement urétral, et s'étaient administrés le poivre cubèbe à hautes doses. (*The London med. and phys. Journ.*, mars 1832.)

Maladies des reins dificiles a reconnaitre ; *Obs. du docteur Heymann.* — Une veuve qui depuis plusieurs années souffrait d'une affection arthritique et d'accidens nerveux, et qui, à différentes reprises, avait été affectée d'inflammations aiguës du bas-ventre, commença à se plaindre à l'âge de 46 ans, d'anorexie continuelle, de constipation et d'affaiblissement. La menstruation cessa de se faire, l'embonpoint disparut, et la peau prit une couleur grise. Plus tard, se manifestèrent des douleurs périodiques dans la partie gauche de la région ombilicale, une fièvre intermittente régulière et des sueurs nocturnes. La sécrétion urinaire paraissait normale. Les forces diminuèrent, les douleurs devinrent plus vives, la constipation fut remplacée par la diarrhée et des vomissemens de matières fétides, quelquefois noires, qu'on remarquait aussi de temps à autre dans les selles. L'opium, les boissons mucilagineuses et les applications résolutives préparées avec du lait furent seuls capables de soulager la malade. L'auteur soupçonnait la présence d'une dégénérescence carcinomateuse d'une portion de l'intestin grêle ; mais l'ouverture du cadavre fit voir que cet intestin n'était que fraîchement enflammé en quelques endroits, tandis que le rein gauche était transformé en une masse squirrheuse informe, qui, à sa partie supérieure, était déjà passée à l'état cancéreux.

II.ᵉ *Obs.* — Un employé fut affecté subitement, et sans cause connue, quelques années avant sa mort, de douleurs atroces dans l'épigastre, qu'on ne parvint à calmer que faiblement. En examinant l'abdomen contracté, on sentit profondément dans la région de l'estomac une tumeur dure, mobile et inégale qui s'étendait de gauche à droite jusqu'à l'hypochondre droit. L'auteur la considéra comme constituée par le pancréas malade, d'autant plus qu'il y avait une salivation continuelle qui allait quelquefois jusqu'au vomissement, et qui était accompagnée d'une grande émaciation et du trouble de la digestion. — A l'ouverture du cadavre, tous les organes du bas-ventre furent trouvés sains, à l'exception du rein gauche, transformé en stéatome, du poids de neuf livres et demie. (*Casper, krit. Repertorium*, etc., 1830, B. 27. H. 2.)

Thérapeutique.

Tic douloureux guéri par le stramoine ; *observ. par le docteur Fott.* — Une jeune dame qui souffrait depuis quelques années d'un tic douloureux dont les accès se terminaient quelquefois par du gonflement de la joue ou par du gonflement à la lèvre du côté

affecté, avait déjà employé un grand nombre de moyens sans succès. L'auteur la guérit dans l'espace de six semaines en lui faisant porter un cautère au bras et en lui donnant à l'intérieur huit à quinze gouttes de teinture de stramoine de trois en trois heures. (*Beitraege Mecklenburgischer Aerzte*. 1832, *B.* 1, *H.* 2.)

Traitement particulier d'un vomissement chronique; *Observ. du docteur Fott.* — Une femme pléthorique, peu musclée, mais dont l'extérieur semblait indiquer une santé florissante, souffrait cependant depuis 14 *années* de gastralgie et d'entéralgie, et n'avait pas été *un seul* jour sans vomir pendant tout ce laps de temps. Les moyens les plus divers et surtout les anthelmintiques avaient été employés sans succès. M. Fott considéra la maladie comme une affection nerveuse (probablement rhumatismale) de l'estomac et des intestins, et prescrivit l'eau hydrocyanique de Schrader, à la dose de 7 gouttes de 3 en 3 heures. La malade se sentit aussitôt soulagée, elle sortit en voiture sans vomir, ce que ne lui était pas arrivé depuis quatorze années. Les vomissemens, qui avaient disparu pendant trois jours, revinrent cependant le quatrième, persistèrent pendant plusieurs jours, puis cessèrent subitement. Ils furent remplacés par un gonflement œdémateux des cuisses et des jambes, qui céda à l'emploi du calomel uni au soufre doré d'antimoine, de l'opium et de la digitale, ainsi que des frictions avec les huiles d'amandes douces et de jusquiame. Pendant trois mois les vomissemens ne s'étaient pas manifestés, lorsque la malade se les attira de nouveau, quoique à un plus faible degré, par l'usage immodéré du lait caillé et par des affections vives de l'ame. L'eau hydrocyanique ne réussissant pas cette fois-ci, M. F. prescrivit une potion composée de : teinture d'opium, demi-once; liqueur anodine d'Hoffmann, deux gros; eau de camomille, huit onces; à prendre par cuillerées à bouche, de deux en deux heures. Les vomissemens cessèrent et ne revinrent plus qu'une fois toutes les deux ou trois semaines; ils cédaient constamment à l'usage de la potion. (*Beitraege Mecklenburgischer Aerzte*, 1830, B. 1, H. 2.)

Guérison spontanée d'une hydrocèle dans l'espace de quelques heures; *obs. du docteur Krimer.* — Un journalier, âgé de 52 ans, était affecté d'une hydrocèle depuis quelques années. La ponction ayant été faite, une livre de sérosité s'écoula et les testicules furent trouvés sains; au bout de trois semaines cependant, la sérosité commença de nouveau à s'amasser dans la tunique vaginale. Neuf mois après, le malade s'adressa au docteur Krimer; la tumeur présentait alors le volume d'une tête d'enfant. Le docteur Krimer proposa au malade de le guérir radicalement par l'incision et l'excision de la tunique vaginale, co à quoi le malade consentit. Au jour fixé pour

l'opération, M. Krimer s'étant rendu chez le malade avec quelques collègues, ne fut pas peu étonné de ne trouver aucune trace d'hydrocèle. Le malade raconta que la veille dans la soirée, ayant soulevé avec effort un poids de près de deux cents livres, il avait senti dans la région de l'anneau inguinal, un craquement et des douleurs violentes, comme si on lui avait déchiré le ventre; il s'était alors couché, avait beaucoup uriné, et s'était endormi un peu soulagé de ses douleurs; c'est seulement à son réveil qu'il s'est aperçu de la disparition de la tumeur, et de l'existence d'une ecchymose qui s'étendait sur la moitié gauche du scrotum. Le cordon spermatique et l'épididyme étaient variqueux, l'anneau inguinal fermé, et il ne restait nulle part ni liquide, ni douleur. Des fomentations avec de l'eau et du vinaigre pendant trois jours, et avec du vin et de l'alun pendant les six jours suivans, firent disparaître l'ecchymose et diminuer les varicosités du cordon spermatique. (*Medicinisches Conversationsblatt*, 1831, N.° XIV.)

De l'emploi et du choix du nitrate d'argent, pour la cautérisation de l'urètre; *obs. par J. J. Cazenave, médecin à Bordeaux.* — M. E. a été long-temps traité par un de nos plus recommandables confrères bordelais, pour remédier à un rétrécissement de l'urètre. Trois cautérisations par semaine, faites durant six mois, ne produisirent aucun changement ni en bien ni en mal. Le médecin ordinaire du malade et le malade lui-même demeurèrent bien persuadés, d'après cela, que le rétrécissement, *soixante et douze fois cautérisé*, était incurable. La guérison, toute récente alors, d'un ami de M. E., sur lequel j'avais détruit plusieurs rétrécissemens de l'urètre par la cautérisation, engagea le malade dont il s'agit à me faire appeler en consultation; son médecin et moi l'examinâmes, mesurâmes la distance à laquelle se trouvait être le rétrécissement, et en prîmes l'empreinte, tout cela sans la moindre difficulté. Je m'assurai ensuite plus exactement de l'état des choses, en éclairant l'intérieur de l'urètre (1), où j'aperçus très-distinctement l'orifice du pertuis central, situé à cinq pouces du méat urinaire.

Le médecin ordinaire chargea son porte caustique de Ducamp, et l'introduisit facilement dans le rétrécissement, qu'il cautérisa selon les règles ordinaires, mais sans fruit. Nous revînmes chez le malade le surlendemain; ce jour là mon confrère insista pour que je cautérisasse moi-même, ce que je fis avec le porte-caustique droit de

(1) Dans un mémoire que j'adresserai très-incessamment à ce Journal, on verra à l'aide de quels nouveaux moyens je suis parvenu à éclairer l'urètre.

Lallemand. A peine le nitrate d'argent fut-il à découvert dans le rétrécissement, que le malade nous dit éprouver une chaleur qu'il n'avait jamais ressentie auparavant; cette chaleur, quoique modérée, avait persisté quelques heures, nous dit-on le lendemain, et avait fort inquiété M. E. pendant toute la nuit. Le cautérisé urinait déjà plus largement, et les seconde, troisième, quatrième cautérisations, eurent chaque jour des succès plus marqués, et guérirent radicalement le malade.

On aura probablement dû se demander à quoi tenait le long insuccès d'un si grand nombre de cautérisations, faites pendant six mois, par un médecin qui procédait à chacune d'elles selon toutes les règles et avec beaucoup de dextérité ? Le malade n'éprouvait, ne ressentait rien de particulier lors des manœuvres faites avant moi; et dès la première, à laquelle m'oblige mon confrère, il sent une assez forte chaleur qui l'inquiète, mais dont il ne s'occupe plus dès qu'il urine et un peu plus facilement et un peu plus largement.

Il ne m'était pas difficile d'expliquer la cause d'un changement aussi heureux (je m'étais servi de la pierre infernale que je porte toujours avec mon appareil à cautérisation), et l'inspection du nitrate d'argent dont mon confrère chargeait toujours son porte-caustique, confirma toutes mes prévisions. Les petits cylindres que j'avais sous les yeux étaient comme rongés, bosselés, inégaux, et réduits à un tout petit calibre. La cassure en était terne, obscure, d'un aspect pulvérulent, au lieu d'offrir ces aiguilles rayonnées qu'on observe sur le bon nitrate d'argent fondu dont tout le monde connaît la double préparation.

Le caustique dont se servait mon confrère n'en était pas un, et les cylindres prétendus être du nitrate d'argent fondu, cylindres dont il s'était assez amplement pourvu, n'étaient en réalité qu'une vieille et fort mauvaise préparation réduite à de l'oxyde d'argent.

Pharmacologie.

Montanine, principe actif du cinchona montana; *par M. Van-Mons.* — En examinant l'écorce d'une nouvelle espèce de quinquina désigné sous le nom de *cinchona montana*, M. Van-Mons a découvert un nouveau principe qu'il a désigné sous le nom de *montanine*. Cette substance est blanche, cristallisable et d'une amertume extrême. Administrée à la dose de deux grains par jour, elle a guéri en trois jours plusieurs fièvres intermittentes. Il est à regretter que l'auteur n'indique pas les propriétés qui distinguent cet alcaloïde de la quinine et de la cinchonine. (*Buchner's Reperiorium für die Pharmacie*, t. XXXIX.)

Santonine, nouveau principe découvert dans le semen-contra;

par M. Kahler, *de Düsseldorf.* — Au mois d'avril 1830, M. Kahler en faisant évaporer jusqu'à consistance buileuse l'extrait éthéré de semen-contra, a obtenu une matière cristallisable particulière. Quelques mois plus tard, M. Alms, de Mecklembourg, trouva aussi cette nouvelle substance qu'il rangea parmi les principes végétaux qui ne sont ni acides ni alcalins. Depuis, MM. Kahler et Oberndoerffer ont repris ce travail, et sont parvenus à isoler complètement le principe nouveau auquel ils ont imposé le nom de *santonine.* Cette substance se présente sous forme de lamelles d'un éclat nacré, représentant un carré alongé, réunies en grouppes, et d'une teinte jaune pâle. Ces cristaux, insipides, inodores et parfaitement neutres, deviennent plus jaunes au soleil. Ils se fondent par une chaleur modérée, et à une haute température se décomposent en fournissant une vapeur blanche et épaisse, et laissant une très-petite quantité de charbon. Solubles dans l'éther, l'alcohol chaud, l'eau bouillante, l'huile de térébenthine, l'ammoniaque, et une solution chaude de potasse caustique, ils sont insolubles dans l'eau froide, les huiles grasses et les carbonates alcalins. Les acides précipitent la santonine sans altérations de ses dissolutions alcalines; l'acide acétique favorise sa dissolution dans l'eau, et produit des cristaux longs, carrés, à angles obtus. (*Buchner's Repertorium für die Pharmacie*, t. XXXVIII.)

Académie royale de Médecine. (Juillet.)

Séance du 3 juillet. — RAGE. — M. Boullay fait un rapport sur un mémoire de MM. Pergaud et Dumont, médecins de l'hôpital d'Arbois, relatif à la maladie d'une fille qui a succombé après avoir été mordue par un loup enragé. Cette fille, âgée de 49 ans, était petite, d'une intelligence très-bornée; elle avait été mordue le 18 octobre 1831, à la paupière droite, au nez et à la joue. La plaie de la paupière fut lavée avec de l'eau chlorurée et touchée avec du nitrate d'argent; les deux autres furent cautérisées avec le fer chaud. Environ un mois après, elle fut prise de maux de tête, de frissons, d'inappétence; elle devint triste, rêveuse, acariâtre; plus tard, elle eut un accès de fureur, et le 19 novembre elle mourut avec des contractions spasmodiques et du délire. L'autopsie fut faite vingt heures après la mort. La putréfaction était déjà très-avancée; l'arachnoïde était un peu enflammée, et la substance du cerveau et du cervelet ramollie, mais sans épanchement. M. Pergaud, se fondant

sur l'absence de trois signes qu'il regarde comme caractéristiques de la rage, savoir : l'hydrophobie, la bave écumeuse, la douleur et la rougeur des cicatrices, pensait que la malade n'avait pas succombé à la rage ; M. Dumont était d'un avis contraire. Des renseignemens demandés par la commission apprirent que, de plusieurs personnes mordues par le même animal, celles qui avaient été blessées à la face, avaient toutes succombé, tandis que les autres n'avaient éprouvé aucun accident, et de plus qu'un bœuf qui avait été mordu était mort enragé. Ces renseignemens ne laissaient plus aucun doute sur la maladie de la fille en question, et le rapporteur adopte l'opinion de M. Pergaud. Des remerciemens seront adressés aux auteurs.

M. Gérard fait observer, à propos de ce rapport, que, chez des chiens enragés et qui ont communiqué la maladie à d'autres, la gueule est restée sèche et sans bave. Ce signe, pour lui, n'est pas caractéristique de la rage.

Instrument propre a extraire les fragmens de sondes élastiques brisées dans la vessie. — M. Ségalas met sous les yeux de l'Académie un instrument destiné à remplacer le litholabe pour extraire de la vessie les corps étrangers longs, déliés et souples, tels que des fragmens de sondes ou de bougies. Cet instrument consiste en une pince dont les branches sont minces, étroites et inégalement recourbées à leur extrémité. Elle est logée dans une canule courbe légèrement aplatie, semblable d'ailleurs à une sonde, et qui, comme dans la pince de Hunter, lui sert à la fois de conducteur et de constricteur. Le mouvement de retrait nécessaire à son resserrement s'opère à l'aide d'une vis de rappel, et par conséquent avec force et sans secousse. Le corps étranger saisi par cette pince est ployé sur lui-même et forcé d'entrer en double dans la canule. Ainsi engagé, il est facilement amené à l'extérieur. De nombreuses expériences faites sur le cadavre font espérer à l'auteur qu'à l'aide de cet instrument on pourra le plus souvent extraire de la vessie les sondes et les bougies tombées dans cet organe, sans avoir besoin de recourir à l'opération de la taille.

Traitement de la teigne faveuse. — M. Guénée, médecin à Lonjumeau, présente un enfant de 8 ans qu'il a guéri d'une teigne faveuse qui avait résisté à tous les moyens. Il a employé une poudre composée de chaux, de peroxyde de manganèse, de potassse et de coquilles d'huitres ; l'auteur n'indique pas les proportions de ces substances. Cette poudre produit l'épilation et, celle-ci une fois obtenue, la maladie cède à des lotions émollientes. Ce mode de traitement a déjà réussi plusieurs fois à l'auteur.

Séance du 10 juillet. — **Urtication dans le choléra-morbus.** —

M. Double fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Marchand, de Tonques, département du Calvados, relatif aux avantages de l'urtication dans la période algide du choléra. Après une discussion oiseuse sur ce point, l'académie adopte les conclusions du rapport.

Séance du 17 juillet. — **Remèdes secrets.** — M. Collineau, au nom de la commission, fait un rapport sur plusieurs remèdes secrets tout-à fait insignifians, et qui par conséquent sont repoussés par l'Académie.

M. Ollivier, d'Angers, annonce, d'après des lettres d'Italie, que M. Scarpa est dans un état désespéré.

Le président annonce à la Compagnie la mort d'un de ses membres, M. Gilbert, médecin de l'hôpital des vénériens.

Fongus de la vessie. — M. Guéneau de Mussy, lit, au nom de M. Nicod, une observation relative à un fongus de la vessie. Un homme âgé de 64 ans, affecté d'hémorrhoïdes, fit usage de bains froids et se débarassa de son incommodité ; mais plusieurs années après, il fut pris d'hématuries qui devinrent progressivement violentes et abondantes. M. Nicod croyant que ces accidens tenaient à un calcul dans la vessie, sonda le malade avec une sonde élastique du n.° 10. L'instrument pénétra dans la vessie et ramena au dehors plusieurs filamens fibrineux. Une sonde d'argent fut substituée à la première, et un examen attentif convainquit le chirurgien qu'il existait dans la vessie une tumeur fongueuse et molasse. En employant journellement le cathétérisme pendant quarante-cinq jours, M. Nicod assure être parvenu à détruire peu-à-peu la tumeur et à guérir complétement son malade, qui est mort en 1831, environ cinq ans après, d'une maladie chronique du foie.

Tumeur fongueuse de la face. — Le même membre lit une observation qui lui est propre, sur une tumeur fongueuse de la face. Une paysanne éprouva une violente cuisson dans l'œil droit, comme si corps étranger existait entre les paupières. Un examen attentif ne fit rien découvrir. Des lotions d'eau fraîche, animée d'un peu d'eau-de-vie donnèrent lieu à une ophthalmie très-violente qui fut traitée régulièrement. Deux ans après, il se manifesta à la partie supérieure de la voûte orbitaire une petite tumeur qui peu à peu poussa le globe de l'œil au dehors, déplacement qui s'accompagna de douleurs atroces. Des pilules d'extrait d'opium calmèrent un peu les souffrances. La tumeur, qui ne tarda pas à s'ulcérer, a acquis un développement tel qu'elle occupe le front, le nez et la joue droite jusqu'au menton.

Dans un cas analogue chez un enfant de 10 ans, M. Dupuytren ne balança pas à faire l'extirpation de l'œil, et le petit malade guérit parfaitement.

Séance du 24 juillet. — Il n'y a pas eu de séance à cause de la mort de M. le baron Portal, président d'honneur de l'Académie, qui a succombé à un calcul dans la vessie, à l'âge de 91 ans.

Académie royale des Sciences.

Séance du 25 juin. — **Inflammation de la fraxinelle.** — M. Biot lit une note sur l'inflammation de la fraxinelle. On avait cru jusqu'ici que ce phénomène était dû à une sorte d'atmosphère éthérée qu'exhalait la plante. M. Biot a constaté qu'il faut l'attribuer à l'ignition d'une huile essentielle renfermée dans de petites vésicules verticales. Il a reconnu que les saisons influaient sur ce phénomène, selon qu'elles accéléraient ou retardaient la maturation du liquide inflammable. Ce dernier se trouve plus développé autour des pédoncules floraux. Il s'enflamme même dans une tige qu'on a submergée dans l'eau.

Organisation de la moelle-épinière de la tortue franche. — M. Flourens lit un mémoire sur *l'anatomie de la moelle-épinière de la tortue franche* (testudo mydas, L.). On sait que la moelle-épinière offre, dans tous les animaux, divers renflemens qui répondent toujours, par leur position, à l'origine ou à l'insertion d'une ou plusieurs paires de nerfs, et que toutes les fois qu'une paire de membres, et par conséquent les nerfs correspondans manquent ou sont moins développés, on voit manquer aussi le renflement spinal correspondant. C'est ce rapport si général et si constant qui semble lier les renflemens de la moelle-épinière aux paires de nerfs qui naissent de cet organe, que change et renverse de tous points le fait que M. Flourens communique à l'Académie. Dans la moelle-épinière de la tortue franche, chaque renflement, au lieu de répondre à chaque paire de nerfs, est exactement placé au milieu de l'intervalle qui sépare une paire de nerfs de l'autre ; d'où il résulte que c'est précisément aux points où s'insèrent ceux-ci que répondent les étranglemens de la moelle ; d'où il résulte encore que les renflemens correspondent aux corps même des vertèbres. Il y a autant de renflemens que de paires de nerfs ; ils sont régulièrement espacés, quoique plus rapprochés les uns des autres vers le col et la queue, que dans la région lombaire. M. Flourens ignore les conséquences physiologiques du fait qu'il signale.

Organisation des serpents. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit un rapport sur un mémoire de M. Duvernoy, intitulé : *Fragmens d'anatomie relatifs à l'organisation des serpens.* Dans un premier mémoire

(V. *Archives générales*, T. XXVI) M. Duvernoy a décrit les organes vénénifères dans six espèces de serpens. Aujourd'hui, il vient en ajouter quatre autres, dont deux serpens inédits, le *coluber jaspideus* (Hermann) et le *coluber severus*. Il a découvert en même temps que le *coluber melanogaster* était un serpent venimeux à crochets tubulaires.

Il fait connaître la disposition de la glande lacrymale dans les serpens venimeux. Il a été conduit aux résultats suivans : 1° la glande lacrymale est plus développée dans les serpens innocens et à crochets postérieurs ; 2° Le plus grand développement de cet organe se rencontre chez les serpens dont les yeux sont atrophiés et comme rudimentaires (*typhlos*) ; 3° La situation de cette glande en dehors de l'orbite fortifie la présomption que sa destination est étrangère à l'œil, et qu'elle concourt à l'insalivation des alimens.

Séance du 2 juillet. — Cyanure de mercure. — M. Larrey fait, en son nom et à celui de M. Boyer, un rapport sur un mémoire de M. Parent, relatif à l'emploi du cyanure de mercure dans le traitement des affections syphilitiques. Le professeur Chaussier a le premier employé ce médicament dans l'intention de combattre les maladies vénériennes ; il le prescrivait en frictions à la plante des pieds ou sous les aisselles, et il disait en avoir tiré de bons effets. Cependant ce sel avait été complètement abandonné, soit à cause de son action trop énergique, soit à cause des accidens qu'il déterminait. Ce n'est qu'après des expériences, dues en quelque sorte au hazard, que M. Parent a été conduit à réintégrer le cyanure de mercure dans la thérapeutique : voici les avantages qu'il trouve à l'employer. Le cyanure de mercure étant plus soluble dans l'eau que le deuto-chlorure du même métal, son absorption doit être plus facile, et par conséquent son action plus prompte. C'est en effet ce qui est constaté par l'expérience ; les symptômes syphilitiques disparaissent beaucoup plus vite sous son influence que sous celle d'aucune autre préparation mercurielle. Après l'emploi des préparations cyanurées, on n'observe point les douleurs épigastriques qu'on remarque fréquemment après l'administration du sublimé. Le cyanure de mercure offre encore un autre avantage sur le deuto-chlorure, c'est qu'il ne se décompose pas aussi facilement que lui. Aucun sel, aucun alcali, pas même la potasse caustique, ne décompose le cyanure de mercure ; les décoctions qui renferment des principes azotés ou de l'acide gallique ne le décomposent pas commé cela a lieu pour le sublimé qui passe promptement à l'état de proto-chlorure. En outre, le cyanure paraît exercer une action différente sur les tissus animaux : il conserve très-bien la chair sans éprouver aucune espèce d'altération, tandis que le deuto-chlorure, mis en

contact avec elle, ne tarde pas à fournir une certaine quantité de calomel.

Au début des affections syphilitiques, M. Parent commence par donner un seizième de grain par jour, puis un douzième, un huitième, enfin jusqu'à un demi-grain : il ne dépasse pas ordinairement cette dose, quoiqu'il ait rencontré assez fréquemment des individus qui en supportent, sans peine, un grain et même un grain et demi. M. Parent emploie le cyanure de mercure, à l'intérieur, en teinture, en pilules, en solution, en gargarismes, et, à l'extérieur, en pommade. Les formules suivantes sont celles dont il s'est servi dans les nombreuses expériences auxquelles il s'est livré :

Teinture cyanurée. — Prenez : *Extrait de buis*, une once quatre gros; *extrait d'aconit napel* et *hydro-chlorate d'ammoniaque*, de chaque, trois gros; *huile essentielle d'anis* ou *de sassafras*, un scrupule; *cyanure de mercure*, 18 grains; *eau*, quatorze onces; *alcohol rectifié à* 33 *degrés*, dix onces. — F. S. A. une teinture qui, filtrée, doit peser une livre huit onces. — La dose est d'une demi-once à une once par jour, en commençant par une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée ou de tisane d'orge, de chiendent, etc. — Chaque once de cette teinture contient un demi-gros d'extrait de buis, neuf grains d'extrait d'aconit, neuf grains d'hydro-chlorate d'ammoniaque, trois-quarts de grain de cyanure de mercure, et un grain d'huile essentielle de sassafras.

Pilules cyanurées. — Elles se composent des mêmes substances, et aux mêmes doses, que la teinture cyanurée, moins l'eau et l'alcohol. On en fait une masse que l'on partage en quatre cents pilules. — Seize pilules équivalent à une once de teinture cyanurée. — On commence par en faire prendre quatre par jour, deux le matin et deux le soir.

Pilules de cyanure de mercure. — Pr. *Cyanure de mercure porphyrisé*, six grains; *Opium brut*, douze grains; *Mie de pain*, un gros; *Miel*, q. s. — F. S. A. quatre-vingt-seize pilules. — Chaque pilule contient un seizième de grain de cyanure de mercure et un huitième de grain d'opium.

Soluté cyanuré. — Pr. *Cyanure de mercure*, six à dix grains; *Eau distillée*, une livre. — Faites dissoudre. — Chaque once contient trois-huitièmes de grain de cyanure de mercure.

Gargarisme cyanuré. — Pr. *Cyanure de mercure*, dix grains; *Décocté léger de graine de lin* ou *de racine de guimauve*, une livre. — Faites dissoudre.

Pommade cyanurée. — Pr. *Cyanure de mercure*, douze grains; *Axonge*, une once. — Mêlez exactement, après avoir porphyrisé avec soin le cyanure.

Le mémoire de M. Parent est enrichi de faits nombreux en faveur du médicament qui en fait le sujet. « Nous pensons, dit en terminant le rapporteur, que l'auteur aura, par ce travail, contribué à fixer l'attention des praticiens sur l'efficacité du mercure et de ses préparations dans la syphilis, et à dissiper dans l'esprit du vulgaire l'idée défavorable qu'on lui avait inspirée, dans ces derniers temps, contre cette substance. »

Analyse de l'opium. — M. Pelletier, qui s'était fait inscrire pour lire un mémoire sur l'opium, ne pouvant obtenir son tour de lecture, fait connaître les résultats principaux qu'il a consignés dans ce travail. Il est parvenu, dit-il, à retirer d'une même qualité d'opium douze principes immédiats bien caractérisés, et dont un, la *narcéine*, est une substance entièrement nouvelle. Ces principes sont les suivans : narcotine, morphine, méconine, narcéine : acide méconique, acide brun incristallisable, résine particulière, huile grasse, caoutchou, gomme, bassorine, ligneux.

La narcéine est une substance blanche, cristalline, légèrement amère, soluble dans l'alcohol et dans l'eau qui en dissolvent à chaud une plus grande quantité qu'à froid ; elle n'est point volatile. La plus singulière de ses propriétés est celle de pouvoir s'unir aux acides, en prenant une couleur bleue très-belle, sans éprouver de décomposition si ces acides ne sont point trop concentrés; de sorte qu'on peut la retirer sans altération de ses compositions acides, et lui faire reproduire autant de fois que l'on veut le phénomène de la coloration en bleu. — Le mémoire contenant en détail toutes les recherches de M. Pelletier, est renvoyé à l'examen de MM. Gay-Lussac et Chevreul.

Zootomie. — M. Duvernay lit la seconde et la troisième parties de ses *Fragmens d'anatomie sur l'organisation des serpens*. Il traite d'abord de la rate, du pancréas et du foie, puis de l'œsophage, de l'estomac et du canal intestinal de ces animaux.

Séance du 9 juillet. — Au commencement de la séance, on lit le programme relatif à une souscription pour le monument à élever à Georges Cuvier dans le Jardin des Plantes. — Sur l'invitation du ministre de l'instruction publique, MM. les receveurs des collèges et les agens comptables des académies universitaires recevront les souscriptions des départemens. Les consuls de France dans l'étranger voudront bien se charger des mêmes soins. M. Cardot, agent spécial de l'Institut, tiendra la caisse centrale et recevra aussi les souscriptions à Paris. — Dans le cas où le montant de la souscription serait suffisant, chaque souscripteur recevrait une gravure représentant le monument et les traits de Cuvier.

On procède à l'élection d'un secrétaire perpétuel; M. Dulong ob-

tient la majorité des suffrages, et est déclaré élu par l'Académie.

INFLUENCE DES RAYONS COLORÉS SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ÊTRES ORGANISÉS. — Dans un mémoire que M. Charles Morren, professeur à l'université de Gand, a lu il y a bientôt deux ans à l'Académie, il avait démontré que, de toutes les couleurs élémentaires, celles qui favorisent le plus la manifestation et le développement des êtres organisés des deux règnes, dans les circonstances voulues, sont le rouge et le jaune, et que cette propriété existe à peu de chose près au même degré chez l'un comme chez l'autre. Ces expériences et d'autres ne s'étaient vérifiées alors que dans le phénomène de la manifestation des êtres organisés les plus simples, dans les masses aqueuses, soumis à l'influence du monde ambiant. M. Morren a examiné depuis si les mêmes résultats auraient lieu en faisant agir séparément des rayons colorés sur de la terre dans laquelle on aurait mis des graines à germer. Aujourd'hui il adresse dans une lettre le détail des expériences auxquelles il s'est livré, et il annonce que ces recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes : 1.° de même que l'obscurité favorise les premières périodes de la germination, de même les couleurs du spectre solaire, agissant isolément, ont aussi une influence spéciale qui seconde cette opération ; mais parmi ces couleurs, celles dont le pouvoir éclairant (à l'exception du vert), est le plus grand, sont aussi celles qui favorisent le moins l'acte qui fait développer les organes rudimentaires de la graine. 2.° Sous les rayons colorés du plus grand pouvoir éclairant, les radicules se développent le moins et avec plus de lenteur ; au contraire, les plumules y croissent mieux et plus vite. Sous les rayons colorés d'un pouvoir éclairant faible, les radicules et les plumules prennent un développement semblable à celui qu'elles atteindraient dans l'obscurité; par conséquent, *l'étiolement des végétaux, sous les rayons du prisme, est en raison inverse de leur propriété éclairante*. 3.° Sous tous les rayons colorés, de même que dans l'obscurité, les poils radicaux se développent sur la partie aérienne de la radicule, indice certain de l'étiolement occasionné par chacune de ces circonstances. L'alongement des organes se fait sous les rayons colorés comme dans l'obscurité, et les diverses parties y croissent beaucoup plus vite que sous l'influence de la lumière blanche. 4.° La couleur verte des végétaux se développe beaucoup plus vite sous l'influence de la lumière composée que sous quelque rayon que ce soit de la lumière décomposée; sous tous ces rayons, les parties destinées à devenir vertes sur le végétal, sont jaunes d'abord, puis passent insensiblement au vert très-pâle, puis à la teinte verte plus foncée sous ceux de ces rayons qui jouissent de la propriété particulière de laisser opérer ces changemens. 5.° Ces rayons sont, d'une part, le *jaune*, et de l'autre

l'orangé, dont le premier possède le degré du maximum de cette propriété, et le second le degré de minimum ; les autres rayons ne verdissent pas du tout. Le rayon jaune verdit d'autant plus qu'il est moins intense, mais il lui faut beaucoup plus de temps pour produire la viridité qu'il n'en faut à la lumière blanche, et jamais il ne peut la produire au même degré qu'elle. 6.° Il est peut-être permis de dire que cette propriété *viridifiante* des rayons du spectre solaire provient de leur pouvoir éclairant, et se trouve coordonné intimement à celui-ci ; mais alors il faut reconnaître que le rayon verd lui-même ne verdit pas, quoiqu'il partage avec le jaune le maximum à-peu-près du pouvoir éclairant. L'auteur se demande, en terminant sa lettre, si c'est bien uniquement par sa *clarté* que la lumière agit dans la coloration progressive de tous les végétaux, dont tous les élémens organiques, de blancs qu'ils sont à leur formation, se couvrent ensuite de teintes si vives et si variées.

Embryogénie — M. Duméril fait un rapport sur un mémoire de M. Breschet, intitulé : *Études anatomiques, physiologiques et pathologiques de l'œuf dans l'espèce humaine et dans quelques-unes des principales familles des animaux vertébrés, pour servir de matériaux à l'histoire générale de l'embryon et du fœtus, ainsi qu'à celle des monstruosités ou déviations organiques.* — (Un extrait étendu de ce mémoire sera inséré dans le prochain numéro.) — La plupart des assertions de l'auteur, dit M. Duméril, confirment les observations faites sur la formation de la membrane caduque et sur la manière dont elle se comporte à l'égard de l'ovule. M. Breschet considère, ainsi que MM. Bojanus et Velpeau, cette concrétion utérine, comme une poche pleine d'un liquide sur laquelle vient s'appliquer l'ovule à sa sortie de l'orifice tubaire. L'ovule déprime peu à peu cette poche, s'y enfonce et s'en enveloppe de toutes parts selon M. Breschet ; tandis que, dans l'opinion émise par M. Velpeau, l'œuf ne serait recouvert de cette double membrane que jusqu'au bord du placenta, de sorte que la face utérine de cette masse vasculaire n'aurait qu'une couche de la membrane caduque. M. Breschet annonce que l'histoire de la membrane caduque qu'il a développée dans son mémoire, a été faite d'après l'examen de plus de soixante œufs humains, et que c'est d'après les pièces même, fraîches ou conservées, qu'ont été destinées les figures coloriées du bel atlas qui accompagne le texte.

Symétrie des organes vitaux. — M. Flourens lit un mémoire sur la symétrie des organes vitaux, considérés dans la série animale. « La plus essentielle des différences qui distinguent les organes de la vie animale de ceux de la vie organique, c'est, dit Bichat, la symétrie des uns et l'irrégularité des autres. « En posant

cette loi, Bichat n'a considéré que l'homme et les genres qui en sont voisins; il n'a tenu aucun compte de tous les autres animaux; c'est-à-dire, du plus grand nombre à beaucoup près. Aussi sa proposition, déduite d'un nombre très-petit d'observations, est-elle bien loin d'être générale. Il résulte en effet des faits rapportés par M. Flourens, qu'il n'est pas un organe de la vie organique, *poumon*, *cœur*, *foie*, *pancréas*, *rate*, etc., qui, dans un animal ou dans l'autre, ne se montre parfaitement symétrique; de sorte que la symétrie de ces organes, masquée dans quelques espèces par certaines circonstances, reparaît dans l'ensemble de la série, et que leur *non symétrie*, qui, à ne considérer que l'homme et les animaux voisins, paraîtrait le cas général, n'est au contraire, en considérant l'ensemble, qu'un cas particulier et exceptionnel. De tous les faits qu'il a recueillis et qu'il rapporte dans son travail, M. Flourens conclut: 1° qu'en considérant l'ensemble des animaux, la symétrie se montre dans les appareils de la vie organique comme dans ceux de la vie animale; que la symétrie s'obtient dans les deux cas de la même manière, par la position latérale des organes doubles, ou par la situation sur la ligne médiane des organes simples; 2.° que la vie organique a ses deux côtés, droit et gauche, comme la vie animale; 4.° qu'ainsi la vie se compose de deux vies, et chacune de ces vies de deux côtés, de deux moitiés semblables ou symétriques; 5.° que cette dualité de la vie et cette dualité des appareils remontent jusqu'au système le plus important de l'économie, puisque dans tous les animaux vertébrés il y a deux systèmes nerveux, le cérébro-spinal pour la vie animale, le grand sympathique pour la vie organique, et que le système nerveux de la vie organique dans tous ces animaux est double comme le système nerveux de la vie animale.

Ainsi donc, la vie organique n'est pas moins symétrique au fond que la vie animale, et si quelques-uns de ses organes se montrent plus souvent frappés d'irrégularité que ceux de l'autre vie, il est aisé de voir que cette irrégularité tient toujours à des circonstances purement accidentelles, telles que la forme du corps et la mobilité même des organes dont il s'agit. Par la forme générale du corps, ces organes ont dû souvent être repoussés de leur vraie position; et, par leur mobilité, car ils sont plutôt suspendus que fixés dans le corps, ils ont pu se prêter au déplacement. Du reste, ce n'est pas seulement dans la vie organique que la disposition générale du corps change quelquefois la position des organes; car, dans les pleuronectes, par exemple, il a suffi d'un simple changement de cette disposition générale pour rejeter, comme chacun sait, les deux yeux de l'animal du même côté du corps.

Ainsi, toutes les fois que la forme générale du corps ne s'y oppose pas, les organes vitaux prennent ou une position latérale et symétrique s'ils sont doubles, ou une position médiane et qui n'est pas moins symétrique, s'ils sont simples : Le canal intestinal, par exemple, offre une preuve frappante de cette règle. En effet, comme organe unique, il doit se placer sur la ligne médiane; mais, comme chez la plupart des animaux, il est beaucoup plus long que le corps, il a été contraint de se replier, et il semble par là s'écarter de la position médiane ; mais il y revient très-exactement du moment où sa longueur n'excède plus celle du corps, ainsi que cela s'observe dans la lamproie.

« En résumé, dit en terminant M. Flourens, la symétrie des organes de la vie organique tient à des circonstances essentielles, profondes; et leurs irrégularités, quand il en existe, ne tiennent qu'à des circonstances secondaires et accidentelles. La symétrie, même pour les organes de la vie organique, forme donc la loi générale de l'économie. »

Inhumations précipitées. — M. de Brière écrit à l'occasion d'inhumations de personnes vivantes qui auraient eu lieu depuis quelque temps. Il souhaiterait que l'Académie dressât un projet de réglement pour prévenir de pareils accidens. M. Larrey et plusieurs autres membres font observer qu'il existe à ce sujet un réglement très-sage et dont les infractions même sont très-rares. Les faits d'inhumations de personnes vivantes sont excessivement rares, et presque tous les cas qui ont été rapportés depuis vingt ans se sont trouvés complètement dénués de fondement.

Extraction de corps étrangers dans la vessie. — M. Ségalas présente un instrument à l'aide duquel on peut retirer de la vessie les bougies et les sondes qui y seraient tombées, et éviteraient l'opération de la taille. (Voyez plus haut *Académie de Médecine.*)

VARIÉTÉS.

Du Concours pour la chaire de la médecine clinique à la Faculté de médecine à Paris.

La proposition faite au nom d'un certain nombre de professeurs de réduire le concours de clinique médicale à une sorte de présentation n'a point été adoptée par la majorité. Une décision toute contraire a été prise, qui améliore sensiblement les conditions de ce

concours, puisqu'aux deux épreuves cliniques on a ajouté l'argumentation sur une thèse dont le sujet sera tiré au sort. Mais par une fatalité qui poursuivra toujours nos faiseurs d'institutions taut qu'ils voudront les faire en vue de quelques hommes seulement, toute cette amélioration est comme annihilée par la singulière manière dont on veut faire apprécier les antécédens et subordonner à ceux-ci toutes les autres épreuves. C'est au moment où le Conseil royal de l'instruction publique ne demande que les occasions de ressaisir son ancienne influence qu'on va lui proposer l'adoption d'une mesure qui n'est qu'un acheminement pour rendre à l'intrigue toutes ses chances et toute sa force à la camaraderie.

Voici cé qui, dit-on, aurait eté décidé : les titres antérieurs pourraient être comptés pour les deux tiers, et les autres épreuves ne pourront être évalués à plus d'un tiers. Soit, par exemple, 36 le nombre représentant la somme totale des points qu'il faut gagner pour avoir la palme, savoir, 24 pour les titres antécédens et 12 pour les épreuves actuelles ; le mérite de chaque compétiteur ayant été discuté, il se trouve que l'un d'eux a 20 pour ses antécédens et 3 pour les épreuves, total 23 ; si un autre obtient 12 pour ses leçons et sa thèse, c'est-à-dire le summum, et que ses titres antérieurs n'aient été cotés que 10, comme il a un point de moins que son compétiteur, il sera vaincu.

On voit donc que les épreuves ordinaires du concours sont rendues illusoires, qu'elles n'auront qu'une valeur à-peu-près nulle ; qu'on laisse enfin à l'arbitraire des juges plus qu'ils n'avaient auparavant, puisqu'ayant des mesures inégales pour les conditions du concours, ils pourront apprécier les unes et les autres suivant leurs vues particulières, leurs passions, etc. Supposons que M. Broussais, pour citer une illustration médicale, se fût présenté en 1823 à un semblable concours ; nous demandons quel aurait été le chiffre de son mérite : il est probable que la *majorité* eût opiné pour O. Quand bien même il eût obtenu 12 dans les autres épreuves, il n'en aurait pas moins été évincé. Au contraire son compétiteur, avec quelques dévotieuses pratiques et des lettres de recommandation de l'archevêché, aurait été, pour ses titres, évalué 24, et la somme de ses mérites eut fait pencher la balance de son côté.

Or, ce que fesaient alors les influences de sacristie, d'autres influences le font aujourd'hui ; si la *majorité* est résolue à nommer M. A et exclure M. B., elle évaluera à 24 les titres de M. A., et à zéro ceux de M. B.

Il est pourtant un moyen de parer aux graves inconvéniens que je viens de signaler, c'est de faire un rapport public sur les titres de chaque compétiteur. La pudeur retiendrait alors et ceux que la ca-

maraderie rendrait trop indulgens, et ceux que la haine ou l'envie entraîneraient à un jugement sévère; mais on se décidera difficilement à soumettre des décisions partiales au jugement impartial de l'auditoire, et l'on aimera mieux payer par la complaisance du vote secret ou les flagorneries indécentes que prodigue la bassesse et que savoure la vanité, ou les consultations opimes dont s'engraisse le juge pendant le sémestre qui précède le concours.

Certes nous sommes loin de n'attacher aucune importance aux titres antérieurs, et de vouloir tout accorder à la facilité de l'élocution et au talent d'exposition que montre un professeur; mais nous voudrions une discussion approfondie des titres de chacun; nous voudrions qu'en tenant compte des cours qu'un homme a faits pendant dix ans, nous sussions bien comment il les a faits; nous voudrions qu'un livre fût jugé d'après sa valeur médicale, et non d'après la compacité de son format et de sa justification; nous voudrions que le séjour dans les hôpitaux ne fût un titre qu'autant que le concurrent en aurait fait profiter la science et les élèves; et certes si un rapport public était fait sur ces titres, leur évaluation serait équitable, et le concours ne serait pas une déception. Mais les épreuves appréciées avec une saine critique ont aussi leur valeur, et nous pensons qu'elles doivent entrer pour moitié dans la balance du mérite des compétiteurs.

Nous regrettons beaucoup à ce sujet que la partie du premier rapport dont nous avons parlé dans notre précédent numéro, n'ait pas été adoptée. Elle témoignait d'une vue sage et impartiale, si dans le reste l'esprit de son auteur avait paru un peu préoccupé contre les concours. Nous ne cesserons de le répéter, tant que les juges ne seront pas astreints à motiver leurs jugemens, on devra souvent s'attendre à des résultats iniques.

Réclamation.

Monsieur le Directeur du Journal des Archives.

M. le docteur Richelot (1), dans une analyse de l'ouvrage du docteur Hope, sur les maladies du cœur et des vaisseaux, insérée dans votre dernier Numéro, a saisi l'occasion des idées de cet auteur sur la cause des bruits du cœur, pour établir un parallèle entre toutes les opinions qui ont été émises à ce sujet.

---

(1) C'est par erreur que l'article dont il est ici question est signé Richelot. L'auteur est le docteur Richelot.

M'y trouvant colloqué pour ma part, et qui pis est, estropié, comme j'ai toujours eu l'avantage de l'être depuis qu'on a pris la louable habitude de me citer d'après l'extrait fort inexact que les journaux ou leurs copistes ont donné de mon Mémoire, je vous demanderai la permission d'user de la voie de votre journal, qui s'est rendu l'écho involontaire des erreurs qu'on m'a gratuitement prêtées, pour chercher à me réhabiliter en rétablissant les faits dans la plus stricte exactitude.

Pour ne pas abuser des instans de vos lecteurs, je me contenterai de rectifier ici le texte des propositions que, par une erreur involontaire sans doute, mais inexcusable, lorsqu'il existe des sources authentiques que chacun peut consulter, M. le docteur Richelot a transcrites et censurées d'une manière fort inexacte. Je me réserve par la suite, si vous le jugez convenable, de faire la contre-partie de l'analyse de l'ouvrage de M. le docteur Richelot : peut-être alors jugera-t-on que l'opinion du docteur Hope n'est ni la *plus neuve ni la plus vraisemblable*, et que la France peut encore revendiquer l'honneur d'avoir donné la solution la plus plausible du problême relatif à la cause des bruits du cœur.

Tel est le sens des propositions qui me sont données dans l'analyse de M. le docteur Richelot.

1.° Les bruits du cœur sont dus au choc du sang contre les parois des ventricules et des gros vaisseaux, et non à la contraction des ventricules et des oreillettes.

2.° Le bruit clair appartient aux ventricules.

3.° Le choc de la pointe du cœur contre les parois du thorax alterne avec le pouls loin de lui être isochrone (synchrone avec lui.)

4.° Le repos doit être placé après la contraction des oreillettes.

Les deux premières propositions sont exactes ; je ne les ai transcrites qu'en raison de la contradiction qu'on saisit de prime-abord entre la deuxième et la quatrième proposition, ainsi que l'a fort bien fait observer M. le docteur Richelot.

La troisième proposition se réduit à celle-ci, qui forme la 43.e de ma thèse : L'impulsion de la pointe du cœur n'est pas isochrone avec le pouls des artères.

Quant à la quatrième, elle est complètement dénaturée, comme il est facile d'en juger. En voici le texte :

Le silence du cœur doit être placé après la contraction des ventricules ; il suit immédiatement le bruit clair.

Je ne me sers pas du mot *repos*, parce que je ne l'admets pas plus pour le cœur que pour tout organe exclusivement sous l'influence du système nerveux ganglionnaire. Ensuite je place le silence que

je lui substitue, après la contraction des ventricules auxquels j'attribue la formation du bruit clair.

Réfutant Laennec, il eût été bien maladroit de lui prendre une idée précisément en opposition avec la théorie que je proposais, le *sens commun* l'indiquait. D'après ce texte, toute contradiction disparaît; si le public est de mon avis, j'aurai rempli mon but. Au reste, Monsieur, dans la controverse que je vous ai promise, j'espère laisser moins de doute encore sur ce sujet.

Agréez, etc. PIGEAUX.

— La fin de ce mois a vu s'éteindre l'une des plus grandes et des plus anciennes célébrités médicales. M. PORTAL est décédé à l'âge de 91 ans, chargé d'honneurs autant que d'années. Si la génération actuelle ne connaissait dans M. Portal que le vieux praticien, premier médecin des rois Louis XVIII et Charles X, président-perpétuel de l'Académie de Médecine, membre de l'Académie des Sciences, titulaire de plusieurs chaires considérées depuis long-temps comme vacantes et presque comme n'ayant jamais existé; enfin venant encore assez souvent apporter son antique renommée dans ces stériles consultations formées au lit des moribonds, on doit rappeler que cette grande et belle existence a été commencée par des travaux qui annonçaient un esprit solide, et que ces chaires furent jadis remplies avec une activité et une science peu communes. Si le goût d'une érudition utile et des recherches d'anatomie pathologique n'ont pas régné plus universellement ou plus tôt en France, ce n'est point faute d'exemples et de préceptes. M. Portal, sans avoir eu la portée d'esprit et l'influence de Haller sous le premier rapport, avait montré avec quelque éclat la carrière qu'il fallait suivre pour exploiter toutes les richesses de la science. Son *Histoire de l'anatomie et de la chirurgie* sera toujours considérée comme un ouvrage estimable. Mais ce qui l'honorera surtout aux yeux de la postérité, ce sont ses efforts et ses travaux pour populariser les recherches d'anatomie et d'anatomie pathologique parmi nous : ces efforts eurent plus de succès. Le *Cours d'anatomie médicale* peut être consulté encore aujourd'hui avec fruit, et il est beaucoup de points de la science qui n'ont pas été assez cultivés après l'auteur de cet ouvrage, et que l'on est étonné de voir traités avec une perfection ignorée de nos livres classiques. Nous ne disons rien des autres ouvrages de M. Portal; ce sont la plupart des Traités pratiques sur certaines maladies. Ils ont plus servi à leur auteur qu'à la science : le thérapeutiste peut cependant y puiser quelques faits.

BIBLIOGRAPHIE.

Les lois de la révulsion étudiées sous le rapport physiologique et thérapeutique; par J.-C. Sabatier, (*d'Orléans*) *D.-M.*, *mémoire couronné par la Société médico-pratique de Paris*, Paris, 1832, in-8. 148 p. chez Baillière.

La Société médico-pratique avait mis au concours la question suivante : Quelles sont les lois de la révulsion? Signaler les secours que la thérapeutique peut en attendre, et par conséquent les avantages et les inconvéniens des révulsifs, suivant les cas auxquels on les applique, l'opportunité de leur emploi? Le mémoire de M. Sabatier a obtenu le prix, et ce travail, en effet, ne paraîtra à personne indigne du suffrage d'une société savante. L'auteur suit pied à pied la question qui lui est donnée. Son ouvrage, par conséquent, se divise en deux parties bien nettement tranchées. Dans la première, où il étudie les lois de la révulsion, il s'enrôle avec un peu de confiance sous le drapeau de l'École physiologique, et il explique et déduit toutes les lois de la révulsion, avec talent, avec esprit; mais avec une conviction systématique qui se ressent un peu de l'influence de la doctrine *à priori*. Toutefois, cette première partie mérite des éloges, pour la portée des vues que montre son auteur. Quant à la seconde, elle est tout aussi habilement traitée que le pouvait faire un jeune médecin chez qui le talent ne peut tenir lieu d'expérience, et qui croit trop ou ce qu'il n'a vu qu'une fois, ou ce qu'ont cru voir certaines personnes qui ont moins de bonne foi que lui. Quoi qu'il en soit, pour tous ceux qui s'occupent de pyrétologie, le mémoire de M. Sabatier fournira de précieux renseignemens, et assurera à son auteur un rang distingué parmi les jeunes médecins dont les travaux sont destinés à imprimer à la science un mouvement progressif.

Exposition de la doctrine médicale homœopathique, ou Organon de l'art de guérir; par S Hahnemann, *accompagnée de fragmens des autres ouvrages de l'auteur, et suivie d'une pharmacopée homœopathique; nouvelle traduction sur la quatrième édition, par* A. J. L. Jourdan. *Paris*, *J. B. Baillière*. 1832, *in*-8.°, iv-524 *pp.*

Le très-petit nombre d'écrits publiés jusqu'à ce jour en français, sur la médecine homœopathique, suffit peut-être pour donner une idée *des principes* fondamentaux de la doctrine, mais non pour

faire connaître *la médecine* de Hahnemann. Ces principes, en effet, si l'on veut les dégager de tous les développemens et des *preuves* que leur auteur a prétendu leur donner, se réduisent à peu de chose : 1.° Substituer à une maladie pour la guérison de laquelle la nature n'a point, comme on l'a dit, de procédés tout préparés, et qui peut durer fort longtemps, une affection médicamenteuse de même nature, et qui disparaîtra dans le terme, ordinairement fort court, de la durée d'une médication.

2.° Employer, pour opérer cette substitution, le médicament dont l'effet sur l'homme sain serait de produire la maladie qu'on a combattue, c'est-à-dire un état analogue par ses apparences, *homœopathie*.

3.° Administrer ce médicament à une dose prodigieusement faible, parce que devant agir sur un organisme déjà affecté dans le même sens que celui où il tend à l'influencer, la moindre atteinte de sa part doit être vivement sentie.

Voilà pour les principes que les développemens ne rendent ni beaucoup plus clairs ni beaucoup plus solides, et qui, comme on voit, sont bientôt appris. Mais quant à l'art ou à l'application, c'est autre chose. Hahnemann soutenant que tout ce que nous connaissons des maladies se réduit aux phénomènes extérieurs qu'elles nous présentent, refusant de reconnaître entre elles des rapports naturels, des liaisons essentielles, ne les considérant, en un mot, que comme des groupes de symptômes, il s'ensuit que le nombre des maladies est immense, d'où la nécessité d'avoir toujours présente à l'esprit la connaissance de l'action d'un nombre immense de remèdes ou du moins une multitude de tableaux des symptômes que peuvent produire les médicamens les plus usuels. La matière médicale de Hahnemann est donc la partie principale de sa médecine, et presque la médecine homœopathique toute entière. C'est cette partie des ouvrages du docteur Allemand que M. Jourdan doit nous faire connaître, s'il lui paraît véritablement qu'une doctrine qui compte un grand nombre de partisans en Allemagne, en Angleterre, en Suisse et en Italie, mérite d'être approfondie et discutée avec connaissance de cause et impartialité. Déjà notre laborieux Confrère a traduit et fait entrer dans le volume que nous annonçons une dissertation sur *les sources* de la matière médicale ordinaire, dissertation fort ingénieuse et intéressante comme tout ce que Hahnemann a écrit pour faire la critique des doctrines antérieures à la sienne; il y a même ajouté un extrait substantiel de l'édition que Hartmann a donnée du Dispensaire homœopathique de Caspari; mais ce dispensaire fort utile ne traite que de la préparation des médicamens, et n'en dit point les propriétés; ainsi cela ne suffit pas. Jus-

qu'à ce qu'on ait en France la matière médicale que nous demandons, il n'est pas probable qu'on s'y livre à des expériences que nous désirerions beaucoup de voir faire, quelque peu disposé que nous soyons à croire aux merveilles de l'homœopathie.

Du reste, le regret que nous venons d'exprimer n'empêche point que nous ne sachions gré à M. Jourdan de la peine qu'il s'est donnée de traduire l'*Organon de l'art de guérir*; la traduction de Brunnow est si peu connue et si peu française, que celle-ci a tout le mérite et tout l'intérêt d'un ouvrage nouveau.

Du tœnia ou ver solitaire, et de sa cure radicale par l'écorce de la racine de grenadier; précédé de la description du tœnia et du bothriocéphale, avec l'indication des anciens traitemens employés contre ces vers; par F. V. Mérat, *D. M., membre de l'Académie royale de Médecine. Br. in-8.° pp. 164. Paris, 1832. J. B. Baillière.*

Les propriétés tœnifuges de l'écorce de la racine de grenadier connues des anciens, comme le prouvent d'une manière incontestable plusieurs passages de Dioscoride, de Celse, de Pline, etc. étaient tombées complètement dans l'oubli, lorsque plusieurs médecins anglais pratiquant dans l'Inde nous apprirent dans les premières années de ce siècle que les habitans de ce pays employaient de temps immémorial cette substance pour se débarasser du ver solitaire très-commun parmi eux. Plusieurs mémoires publiés par divers auteurs anglais firent très-peu de sensation, et ce fut seulement en 1822 que Bernardino-Antonio Gomez publia en portugais un mémoire sur la vertu tœnifuge du grenadier, qui, traduit en français par M. Mérat, fixa vivement l'attention des praticiens. Depuis cette époque l'usage de la racine de grenadier se répandit dans le monde médical; M. Mérat recueillit un grand nombre d'observations qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité de ce moyen, que l'auteur regarde aujourd'hui comme un spécifique certain contre le tœnia. Ce sont les résultats de dix ans d'expérience que l'auteur publie aujourd'hui. Son ouvrage est une monographie très-bien faite sur ce sujet important et qui sera lue avec fruit par les praticiens qui y trouveront tout ce qu'il est important de connaître sur l'histoire naturelle des tœnias, sur tous les traitemens anciens contre ces bêtes incommodes, et sur la manière d'employer la racine de grenadier pour combattre avec un succès assuré leur présence dans le canal intestinal.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AOUT 1832.

Du périone ou membrane caduque, de l'hydropérione ou liquide contenu dans cette membrane, et de la nutrition du fœtus pendant les premières périodes de la gestation.

Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie royale des Sciences, par G. Breschet, *docteur en médecine, membre de la Société Philomatique, de l'Académie royale des Sciences de Turin, officier de la Légion-d'honneur, etc.*

Une des plus belles lois de l'organisme dans l'état sain comme dans l'état morbide, c'est que ses principaux actes, et surtout ceux dont l'exercice est intermittent, se composent d'une exaltation de la vie dans les parties, caractérisée par l'afflux de liquides, la turgescence des tissus et la sécrétion d'une matière plastique destinée à produire de nouveaux organes, de nouveaux êtres, ou à réparer les parties dont la structure a été lésée. C'est surtout dans la formation et le développement d'un nouvel individu que cette loi paraît dans son entier exercice. Excitation et orgasme des solides, afflux et congestions de liquides, sécrétion de matière concrescible et formation de nouveaux tissus ou de nouveaux organes, telle est la succession des actes dont nous allons essayer d'esquisser

l'histoire, pour une seule période de la gestation. Cette série de phénomènes vitaux appartient non seulement à la conception et à ses produits, mais encore au plus grand nombre de maladies, et spécialement à celles qu'on appelle *inflammatoires*. La nature, féconde et variée dans ses résultats, est toujours simple et uniforme dans ses procédés.

L'acte producteur offre des phénomènes analogues à ceux du *mollimen* réparateur constituant le procédé de la nature pour guérir nos affections morbides. En effet, la maladie n'est qu'un effort, un combat de l'organisme contre une cause qui va déranger ou qui a troublé l'harmonie des fonctions, en altérant l'intégrité des tissus, et c'est pour réparer la lésion déjà produite que nous remarquons l'appareil de symptômes qui, pour beaucoup de médecins, constituent la maladie. Nous retrouvons ici presque tous les actes propres à la formation et à l'évolution organique, *parce que produire et conserver ne font qu'un pour la nature*. Cet acte réparateur est d'autant plus fort, et les phénomènes qui le constituent ont d'autant plus d'analogie avec la production et l'évolution du germe, ou *mollimen générateur* (*nisus formativus*), qu'il arrive à une époque de la vie plus voisine de la formation embryonaire. Il diminue successivement et finit par s'éteindre en avançant vers le dernier terme de notre existence.

Un de nos plus savans naturalistes (1) a dit, avec raison, que l'influence de l'acte de la conception est d'exalter la vie dans tout le canal vecteur (le vagin, l'utérus et les trompes), d'une manière qui permet de comparer la disposition de ces parties avec un état inflammatoire. Or, c'est une loi établie dans la doctrine de l'in-

(1) M. de Blainville.

flammation, mais encore trop peu appréciée, que toute phlegmasie tend vers la sécrétion d'un produit, et ce produit est le premier élément de la formation organique, lequel paraît sous les caractères d'un liquide coagulable. Ainsi les inflammations se jugent par une sécrétion augmentée, où bien l'élément résultant de l'inflammation se coagule dans l'intérieur du corps vivant, en une substance plus ou moins organisée : c'est ainsi que se forment le pus et les fausses membranes.

Quoique nous comparions la membrane caduque sous le rapport de sa formation et de sa disposition, aux pseudo-membranes, cependant nous ne prétendons pas établir l'identité de structure entre ces tissus. La production du périone tient à des circonstances particulières, à un mode spécifique de stimulation, lequel est la fécondation. Le stimulus de l'acte vénérien, une irritation quelconque dirigée sur la membrane muqueuse utérine, ne produiront pas de membrane caduque ; sans cela cette poche se formerait dans chaque coït. Quant à une excitation morbide, elle peut changer la sécrétion, elle peut même déterminer la formation de pseudo-membranes; mais leur examen comparatif, comme, par exemple, dans des cas de métrite, hors le temps de la gestation et à la suite de résection du col de l'utérus, la cautérisation de cette partie, la ligature ou l'ablation de tumeurs polypeuses implantées sur le col de cet organe, nous ont fait reconnaître que ces fausses membranes diffèrent de la membrane caduque. Nous ne voulons conséquemment indiquer qu'une analogie et non une similitude.

Lors de l'arrivée de l'ovule. — Pour parvenir jusque dans la cavité de l'utérus, l'ovule devrait éprouver, d'après ce que nous avons dit, quelque résistance de la part du prolongement de la membrane caduque dans le canal

des trompes; mais, sans doute, la substance qui constitue cette membrane n'a pas encore acquis beaucoup de densité, et elle offre conséquemment peu de résistance à l'ovule. Ce petit corps chasse-t-il devant lui le prolongement tubaire de la membrane caduque, ou s'enfonce-t-il dans cette substance? Il est à croire qu'il pénètre cette substance, et qu'il arrive, déjà enveloppé par elle, jusqu'à la face interne de la membrane caduque. Nous avons déjà dit que sur un grand nombre d'œufs observés par nous immédiatement après leur expulsion, nous n'avons vu qu'un appendice tubaire en forme de chalaze. Cette disposition tenait-elle à la déchirure de l'un de ces prolongemens lors de l'avortement, où bien provenait-elle du refoulement de cet appendice par l'ovule, lors de son arrivée dans la trompe et jusque dans la cavité de l'utérus? Comme sur d'autres œufs, nous avons reconnu les deux appendices de la membrane caduque, nous croyons devoir admettre que l'ovule parvient au contact sur la face extérieure de la membrane caduque primitive, déjà entouré d'une substance, et dont il s'est revêtu en parcourant la trompe de Fallope.

Formation de la membrane caduque réfléchie.—Parvenu de la sorte jusqu'à la face extérieure de la membrane caduque, soit dans un point correspondant à l'embouchure de la trompe, soit sur tout autre point, en se glissant entre cette membrane et la face interne de l'utérus, cet ovule est trop petit pour refouler d'abord la membrane caduque primitive et pour opérer de suite, par ce refoulement, la formation de la membrane caduque réfléchie. Déjà entouré d'une gangue de matière plastique, il croît, et par ce développement il refoule sur elle-même la membrane caduque primitive, sans la perforer, sans tomber dans sa cavité; et dans les premiers instans de ce refoulement, il n'est dans aucun de ces points à découvert,

c'est-à-dire, privé d'une couche de la substance de la membrane caduque. Tout ce qu'on a dit de la correspondance ou du développement du placenta vers le point qui n'est pas recouvert par la membrane caduque est tout-à-fait erroné. — Nous avons trouvé des ovules du volume d'un grain de raisin ou d'un pois chiche, dans l'épaisseur de la membrane caduque, laquelle nous pensions avoir été expulsée seule, et dans ces circonstances nous avons vu l'ovule enveloppé de toutes parts. L'arrivée, la présence et le séjour de cet ovule déterminent une plus grande sécrétion de matière plastique sur ce point, et dans les cas dont nous parlons, la plus grande épaisseur des parois de la membrane caduque était un indice pour nous faire diriger d'abord nos recherches vers ce lieu : les résultats confirmaient toujours nos présomptions.

C'est une erreur commise par presque tous les historiens de la membrane caduque, et même par ceux qui ont écrit le plus récemment, que de prétendre que dans le point de l'ovule où doit correspondre le placenta et où ce gâteau doit s'insérer à l'utérus, il n'y a pas de membrane caduque intermédiaire. Quelques-uns d'entr'eux cependant ne pouvant nier la présence de cette membrane, même à l'époque de l'accouchement, disent que le feuillet que l'on rencontre alors, n'appartient pas à la même période de formation que la membrane caduque primitive, et ils le nomment *decidua serotina*. Mais comment concevoir que le placenta une fois formé, et les faisceaux vasculaires qui le constituent une fois développés, laisseront déposer une couche membraniforme entre eux et l'utérus? D'autres nient formellement l'existence de cette membrane dans le point que nous indiquons, et parmi eux les uns disent que les deux membranes caduques se réfléchissent l'une sur l'autre dans toute la circonférence du placenta, et que dans ce point de réflexion ces membranes

offrent un rebord mince et tranchant, tandis que d'autres prétendent que ce rebord est épais et en bourrelet.

L'ovule est situé dans l'épaisseur de la substance de la membrane caduque primitive, sans être dans sa propre cavité. C'est alors que toute la surface du chorion se couvre d'un chevelu très-marqué qui pénètre de toutes parts la substance plastique du périone réfléchi, et qui fixe cet ovule dans sa position. Lors de son arrivée dans l'utérus, l'ovule n'offre poiut de tomentum, et ces villosités seront plus tard un agent puissant d'absorption, de nutrition et de développement. Ces productions lanugineuses n'appartiennent pas plus à un point qu'à un autre de la surface de l'ovule, mais on les remarque également sur toute la surface du chorion. Il ne faut pas considérer ces villosités comme les rudimens du placenta, puisqu'elles sont générales et que leur existence est temporaire (1).

Alors on voit la cavité de l'utérus s'épandre, la quantité de liqueur contenue dans la membrane caduque augmenter, et la capacité de cette poche, ainsi que l'épaisseur de ses parois, s'accroître. Alors il existe réellement deux membranes caduques distinctes l'une de l'autre, quoique la seconde provienne de la première et en soit plutôt l'extension ou l'accroissement que le simple refoulement.

D'après cette description des rapports et de l'ensemble de deux membranes caduques, on a pu voir que ces tuniques existent tout aussi bien dans le point correspondant à l'apparition, au développement et à l'insertion du placenta, que sur les autres points de la surface de l'œuf ou de l'utérus. Tout ce qu'on a dit de l'absence de la membrane caduque entre l'utérus et le placenta, dans les premiers temps de l'existence de ce gâteau, et de la

(1) Nous avons fait connaître la nature de ces filamens dans un Mémoire inséré dans notre *Répertoire d'anatomie*.

formation d'une membrane caduque tardive (*decidua serotina*), est, selon nous, tout-à-fait inexact.

De l'espace existant entre les deux membranes utérines. — En décrivant l'arrivée de l'ovule dans la cavité utérine, nous avons fait voir comment il s'enveloppe de la substance plastique des membranes caduques qui déjà se trouve dans la trompe de Fallope, comment cette couche augmente lorsque cet ovule est en contact avec la membrane caduque primitive, et comment il est logé dans son épaisseur et croît peu à peu, sans la détacher de la surface de la membrane muqueuse de l'utérus. Cette séparation ne pourrait se former que si l'ovule grossissait sans que la sécrétion augmentât; mais en même temps que l'œuf prend plus de volume, l'utérus acquiert de plus en plus du développement, sa cavité s'agrandit, la membrane caduque croît en masse et en capacité dans les mêmes proportions, et les rapports restent les mêmes. L'accroissement est ici un phénomène vital, partout en exercice, parce qu'il s'opère pour l'accomplissement d'une des fonctions les plus importantes, et dont toutes les actions sont en harmonie les unes avec les autres.

De cette description des membranes caduques, il résulte qu'une cavité de plus en plus spacieuse existe dans l'utérus après un coït fécondant, que les parois de cette cavité sont tapissées par une membrane de formation nouvelle, *la membrane caduque primitive* ou *périone primitif*, que cette membrane forme un kyste sans ouverture, distendu *par un liquide* (*hydropérione*).

Lorsque la *membrane caduque réfléchie* commence à se former, l'espace de la membrane caduque primitive change de figure; cet espace est compris alors entre la caduque utérine et la caduque réfléchie, et il finit par disparaître quand ces deux surfaces arrivent au contact et sont plus ou moins fortement appliqués l'une à l'autre.

Tant que l'espace existe entre les deux membranes, il y a un liquide, et le placenta n'apparaît réellement qu'après que les deux membranes sont arrivées au contact.

Ces rapports immédiats des deux membranes sont plutôt une simple contiguïté qu'une confusion des deux feuillets; car même après l'accouchement au terme naturel, on peut encore disjoindre ces deux lames et reconnaître les portions primitivement séparées.

L'histoire, dont nous avons fait précéder cette description du périone, a montré que l'existence d'un liquide avait été plutôt pressentie qu'indiquée par plusieurs anatomistes, mais que nous croyons avoir donné la première description de ce liquide.

Sans doute, c'est à l'admission de trois ouvertures signalées par Hunter, sur la membrane caduque, qu'il faut attribuer le silence de cet auteur sur l'existence de ce liquide. Cependant comment concevoir l'expansion de l'utérus sans l'existence d'une cause agissant du centre à la circonférence, et si l'on attribuait cette dilatation à la poche formée par la membrane caduque, comment pouvait-on admettre une cavité membraneuse sans songer à la présence d'un liquide!

Ce liquide, *l'hydropérione*, précède l'arrivée de l'ovule dans l'utérus; il se forme avec la membrane caduque primitive, augmente en quantité à mesure que l'organe de la gestation prend du développement, se trouve longtemps placé dans l'écartement des deux membranes caduques et ne cesse d'être sécrété que lorsque ces deux enveloppes adventives sont en contact, ce qui arrive vers la fin du quatrième mois.

De l'hydropérione. — L'hydropérione est limpide dans les premiers temps, incolore, muqueux ou légèrement albumineux; plus tard il est un peu lactescent, et plusieurs fois nous l'avons vu ressembler à une émulsion lé-

gère, unie à un peu de mucilage et d'un blanc faiblement teinté de rose.

Sa quantité doit être de plusieurs onces lorsque l'ovule est dans l'utérus et que la membrane caduque réfléchie commence à se former. Nous n'avons jamais pu le recueillir assez pur pour le soumettre à l'analyse chimique.

Organisation des membranes caduques. — Comment concevoir la formation des membranes *périones*, leur accroissement et leur permanence jusqu'au dernier moment de la gestation, s'il n'y avait pas dans ces tissus un élément conservateur, qui est la vie, inséparable de l'organisation ? Si les membranes caduques étaient un simple dépôt, il serait résorbé par les vaisseaux, surtout dans une circonstance comme celle de la grossesse, où tous les phénomènes vitaux sont accrus en intensité, ou bien cette couche étant inorganique, agirait comme un corps étranger, serait isolée de tous côtés par une enveloppe particulière, ou bien enfin, en s'altérant et se décomposant, elle produirait par sa résorption de nombreux accidens morbides.

Dans la génération, dans ses produits, tout est vie, tout est organisation; mais les produits d'une durée temporaire et qui ne doivent qu'aider la formation et l'entretien de l'existence du nouvel être pendant son séjour intra-utérin, n'offrent les caractères d'organisation qu'aux premiers degrés, comme dans les animaux des classes inférieures. On n'a point élevé de doute sur l'organisation de la membrane amnios, sur celle du cordon ombilical, de l'allantoïde, de la vésicule vitellaire, sur celle enfin du placenta et des parois des vaisseaux du cordon, etc., et cependant la vascularité de ces tissus et la présence des nerfs ne sauraient être affirmées.

Nous avons observé des vaisseaux sanguins dans l'une et l'autre membranes caduques; nous y avons vu des pin-

ceaux vasculaires paraissant établir des communications entre la membrane caduque utérine et l'utérus; mais faut-il considérer ces villosités plutôt comme propres à l'utérus que comme appartenant à l'organisation de la membrane caduque? Nous avons trouvé de petits canaux vides et sans parois membraneuses bien distinctes, dans l'une et l'autre membranes caduques; nous n'oserions pourtant assurer que ces conduits sont des vaisseaux à leur état primitif. Dans la caduque fœtale ou caduque réfléchie, nous avons observé aussi de ces canaux obliques, sinueux et *serpigineux*, et nous avons pu suivre des filamens du chorion dans l'épaisseur de cette membrane; mais nous n'affirmerons pas que ces filamens soient vasculaires (1).

Les animaux ont-ils des membranes caduques? — Plusieurs physiologistes ont avancé que les membranes caduques ou adventives sont exclusives à l'espèce humaine, c'est une erreur. Nous avons reconnu l'existence de la *membrane périone* dans les quadrumanes (2), les chiens, les chats, les rongeurs, les ruminans, les solipèdes, les pachidermes, etc.; mais sur aucun des ces animaux elle n'a le développement que nous lui avons constamment observé dans l'espèce humaine. Nous comparons au *périone* et à l'*hydropérione* la matière glaireuse ou mucilagineuse et le sac qui la contient, dont les œufs de beaucoup de reptiles et de poissons et d'autres animaux sont enveloppés (3).

Fonctions des membranes caduques, et du liquide contenu entre ces deux membranes. — Les fonctions

(1) Voir notre Mémoire sur la nature de ces filamens, dans le *Répertoire d'anatomie*.

(2) *Voyez* mon Mémoire sur l'œuf des quadrumanes.

(3) *Voyez* la première partie de ce Mémoire et ce que nous rapportons du *nidamentum*, dont parle le professeur Burdach.

du périone et de l'hydropérione sont multiples, mais elles appartiennent toutes à la génération dont ces membranes elles-mêmes et le liquide qu'elles renferment sont des produits.

1.° La membrane caduque primitive, dont la formation date de la fécondation, a pour usage de fermer de toutes parts les orifices de la cavité utérine, afin de s'opposer à l'issue des produits de la génération, et surtout d'empêcher l'écoulement du liquide qui se dépose peu-à-peu dans la cavité de cette nouvelle membrane.

2.° Elle devient un corps intermédiaire non-seulement entre ce liquide et l'utérus, mais encore entre ce liquide et l'œuf lui-même (1).

3.° Ces membranes sont encore destinées à recevoir l'ovule, à lui donner de la fixité au milieu de la cavité utérine.

4.° L'ovule trouve enfin dans ces membranes, non-seulement un moyen d'attache, mais encore un intermédiaire avantageux pour ses communications avec l'utérus, soit pour recevoir des fluides nourriciers, soit pour expulser les fluides qui déjà ont servi à sa nutrition.

5.° Cet échange se fait d'abord par un mécanisme particulier dont on n'a pas encore déterminé la nature, et qui pourrait être un phénomène de capillarité ou un phénomène comparable à celui que M. Dutrochet a désigné sous les noms d'*endosmose* et d'*exosmose*, ou enfin il s'opère par une simple imbibition.

6.° Nous ne pensons pas que la propre substance de ces

(1) Lorsqu'un nouveau corps est déposé soit dans la cavité, soit dans le tissu de nos organes, toujours les surfaces destinées à être en rapport avec ce corps se couvrent d'une couche pseudo membraneuse. Le contact ne peut donc jamais être immédiat, à moins que le corps ne soit animé, très-mobile et ne se déplace constamment : c'est ce qu'on voit pour les corps étrangers ou liquides.

membranes caduques soit absorbée et serve à la nutrition de l'embryon, puisqu'après l'accouhement on peut retrouver non-seulement la membrane caduque utérine, mais encore la membrane caduque réfléchie, et qu'il est possible de décoller ces deux feuillets, et de reconnaître qu'il n'y a eu aucune confusion entre ces deux lames, et que leur volume a pu changer sans qu'il soit survenu de diminution dans leur masse.

7°. Quant au liquide contenu d'abord dans la cavité de la membrane caduque primitive, et qui occupe ensuite l'espace compris entre la caduque utérine et la caduque réfléchie, nous croyons qu'il a pour usage de servir à la dilatation lente, graduée et régulière de la cavité de l'utérus, dilatation qui ne se fait pas seulement par une expansion vitale, mais qui est sollicitée et produite par la présence d'un liquide agissant uniformément et dont l'action est modérée, successivement croissante et en rapport avec le volume du corps qui doit être déposé au centre de la cavité utérine.

Plus tard, d'autres liquides existeront et produiront cette dilatation pour le développement du fœtus ou pour son expulsion, mais primitivement elle résulte de l'action de l'*hydropérione*.

8.° L'*hydropérione* sert encore à protéger l'ovule, à s'opposer à l'effet des contractions de l'utérus sur ce corps si délicat, et à faciliter son développement en lui offrant de toutes parts un espace libre, rempli seulement par ce liquide dont la quantité est toujours en rapport avec les besoins de cet ovule.

9° Enfin ce liquide doit servir à la nutrition de l'ovule et de l'embryon; car dans les premiers momens il n'y a pas de vaisseau, et la vésicule ombilicale, ainsi que l'allantoïde n'existent pas encore, ou sont tout-à-fait rudimentaires. Pendant cette première période, l'élément

nutritif est en dehors de l'œuf ou ne lui appartient qu'accessoirement; plus tard le vitellus et le fluide allantoïdien pourront être considérés comme remplaçant *l'hydropérione*. Enfin le dernier organe de nutrition, et le plus parfait de tous pendant la vie intra-utérine, est le placenta ; les cotylédons ou les granulations qui le représentent dans quelques animaux, appartiennent pour leur formation à la seconde moitié de la gestation.

Le périone est plus développé et l'hydropérione est plus abondant dans les animaux dont la vésicule vitellaire et l'allantoïde sont très-petites, rudimentaires, que dans les animaux chez lesquels ces deux sacs ont une plus grande capacité. Par exemple : chez l'homme et les singes, ils remplacent, quant à leur degré de développement, ces deux organes de nutrition, jusqu'à ce que le placenta se manifeste et puisse fournir suffisamment les matériaux de la nutrition. Lorsque ce placenta ne présente qu'un organe peu étendu, alors, ou le vitellus est plus abondant, ou l'allantoïde forme un réservoir plus considérable. Les rapports de quantité de la substance nutritive de la vésicule ombilicale et du fluide allantoïdien varient aussi beaucoup. Dans la plupart des animaux, la capacité de l'allantoïde l'emporte de beaucoup sur celle de la vésicule ombilicale; cependant, dans les rongeurs, c'est la poche vitellaire dont les dimensions sont supérieures à celles de l'allantoïde, du moins d'après les observations de MM. Cuvier et Dutrochet. L'allantoïde, suivant nous, est primitivement un organe de nutrition. Est-elle plus tard un réservoir pour un fluide excrémentitiel ?

On retrouve donc toujours les mêmes agens; mais si les organes sont constans, ils varient dans leurs proportions relatives; ils peuvent se remplacer les uns et les autres dans les fonctions qu'ils remplissent, et par fois ces fonctions ne restent pas les mêmes à toutes les périodes de la gestation ou de l'incubation.

La présence du liquide étant bien démontrée dans la poche du périone primitif, et entre les deux membranes caduques (l'utérine et la réfléchie), il faudrait en déterminer rigoureusement les usages, car aucune partie n'existe dans l'économie animale sans avoir une utilité quelconque.

La dilatation de l'utérus, un milieu conservé constamment le même pour sa température, son mode de résistance et la protection accordée à l'ovule par ce liquide contre les contractions de l'utérus, ne sont, à nos yeux, que des usages secondaires. Nous croyons que les fonctions principales de l'hydropérione appartiennent à la première nutrition de l'œuf, et qu'on peut comparer ce liquide au *nidamentum* admis par Burdach.

Si, d'une part, l'on considère qu'aux premières phases de la vie embryonaire, la vésicule ombilicale et l'allantoïde n'existent pas, ou sont à peine apparentes dans beaucoup de mammifères et surtout chez l'homme, et que c'est pendant les mêmes périodes qu'on rencontre l'*hydropérione*, ce sera déjà une prévention favorable pour croire aux fonctions nutritives remplies par ce liquide.

Le mode d'exécution de cette fonction de nutrition par l'hydropérione, est sans doute difficile à démontrer, mais cette difficulté est-elle une raison suffisante pour refuser de pareils usages à ce liquide. Sommes-nous donc beaucoup plus instruits sur l'histoire générale de la nutrition, et les physiologistes ne l'ont-ils pas, tour-à-tour, attribuée à une sensibilité élective des tissus, à une absorption vasculaire, à une véritable imbibition? Sera-t-on plus rigoureux envers nous, qui observons le point de départ de toutes les fonctions, et qui conséquemment avons des difficultés sans nombre à surmonter, qu'envers les autres physiologistes qui peuvent étudier et observer cette

fonction pendant toute la durée de la vie sur chaque espèce animale.

Nous voyons, d'une part, un tissu organique, une membrane caduque, bien propre à représenter ce que M. Dutrochet appelle un *solide actif* (1), car c'est une véritable *cloison perméable active*, et le liquide contenu dans le *périone* ou *membrane caduque primitive*, est une sorte d'émulsion dans laquelle entre de l'albumine et qui forme ainsi un liquide organique. Le passage de ce liquide de la mère à l'œuf, consisterait essentiellement pour nous, pendant les premières périodes de la vie intra-utérine, en une véritable *endosmose*; c'est-à-dire, que nous nommerions ainsi le mouvement d'assimilation ou le passage des fluides nourriciers de l'utérus à l'embryon, à travers des parois organiques mais non encore vasculaires, et ce mouvement d'assimilation existerait presque seul ou prédominerait dans ces premières périodes, tandis que le mouvement d'*exosmose* deviendrait plus tard de plus en plus actif, et l'*endosmose* presque nulle, parce qu'alors le vitellus et le liquide allantoïdien remplaceraient dans ses fonctions nutritives, l'hydropérione, et plus tard encore ces liquides seraient remplacés eux-mêmes par la circulation placentaire. Alors c'est surtout le mouvement d'*exosmose* ou d'*excrétion* qui s'exécuterait à travers les membranes fœtales et à travers le *périone*.

On a tour-à-tour considéré le liquide allantoïdien comme nutritif et comme excrémentitiel, mais il serait difficile de dire quand il finit d'être l'un et quand il commence à être l'autre. L'analyse chimique n'a pas découvert dans ce fluide les principes propres à l'urine.

(1) *Nouvelles Recherches sur l'endosmose et l'exosmose*, etc. Paris, 1828.

Dans quelques ovipares, les oiseaux par exemple, on trouve une vésicule vitellaire considérable, ainsi qu'un fluide allantoïdien abondant, et dès-lors l'hydropérione n'est pas nécessaire et l'œuf peut être recouvert par une croûte calcaire. Dans d'autres ovipares, les reptiles batraciens, par exemple, les deux réservoirs de liquides nutritifs sont beaucoup moins considérables et l'œuf est enveloppé d'un liquide d'apparence mucilagineuse, retenu dans une enveloppe mince, comparable au *périone*. C'est ce liquide, c'est cette enveloppe que nous comparons à l'*hydropérione* et au *périone*, et nous retrouvons ici un témoignage de la constance de cette loi d'unité de plan et d'analogies organiques.

Il y a dans ce que nous venons de rapporter, deux choses distinctes, 1° des faits irrécusables : c'est l'existence du *périone* ou *membranes caduques* et du *liquide* qu'elles renferment ou *hydropérione*; 2° l'explication des fonctions de ces *tissus* et de ce *liquide* dont l'existence de l'un est temporaire et appartient seulement à la première partie de la durée de la vie intra-utérine, et dont la présence des autres correspond à celle de toute la durée de la gestation.

Maintenant, que ce soit par un mécanisme comparable à l'*endosmose* et à l'*exosmose*, que ce soit, suivant M. Lauth, l'effet de l'action d'un ordre particulier de vaisseaux, analogue aux radicules lymphatiques, ou que cette nutrition s'exécute sous l'influence d'un courant électrique, comme dans l'expérience de M. Porrett (1), ou bien enfin que le passage de l'*hydropérione* de l'utérus

(1) L'expérience de M. Porrett, citée par M. Dutrochet, tend à prouver que les courans électriques de la pile voltaïque impriment à l'eau une impulsion qui lui donne un mouvement ascensionnel lorsque les courans sont dirigés à travers une membrane organique que l'eau baigne des deux côtés.

dans la cavité de la membrane caduque, et de cette membrane caduque à l'embryon soit un phénomène de capillarité ou d'imbibition, comme plusieurs physiologistes modernes le veulent pour l'absorption et la nutrition en général, c'est un point sur lequel nous n'entrerons nullement en discussion dans ce mémoire, notre but n'ayant été que de démontrer la disposition du *périone primitif*, du *périone secondaire* ou *membrane caduque utérine* et *membrane caduque réfléchie* et que la présence d'un liquide (*hydropérione*) au centre de ces membranes, lequel liquide est, suivant nous, essentiellement destiné à la nutrition de l'œuf pendant les premières phases de son développement.

Si l'on consulte tout ce que l'on a écrit sur la nutrition du fœtus, on voit que les physiologistes se sont attachés principalement à étudier cette fonction lorsque le développement du nouvel individu est déjà plus ou moins avancé et qu'ils ont omis de parler de sa nutrition et de la substance nutritive de l'œuf pendant la première période de son séjour dans la cavité utérine. Attribuer la nutrition à la veine ombilicale et au placenta, à la vésicule vitellaire et aux vaisseaux omphalo-mésentériques, à la gélatine du cordon et à la liqueur de l'amnios, c'est admettre implicitement qu'il existe déjà une veine ombilicale, un vitellus, ou un liquide allantoïdien ou amniotique, et un cordon ombilical; mais avant de chercher à assigner à chacune de ces parties la part qu'elle prend à la nutrition de l'embryon et de ses annexes, il aurait fallu déterminer comment la nutrition s'opère lorsque ces organes n'existent pas encore, et quelle est cette nutrition avant la formation et le développement du vitellus, de l'allantoïde, des vaisseaux ombilicaux et omphalo-mésentérique, du cordon et de sa lymphe? enfin, comment se forment,

se réparent ou se renouvellent et augmentent en quantité les liquides amniotique et allantoïdien ?

Lors de la descente de l'ovule dans l'utérus, on ne trouve qu'une enveloppe kystiforme et un liquide; mais aucun physiologiste, si ce n'est M. Plagge, n'y a reconnu, du moins pour les mammifères, de vitellus, d'allantoïde, de cordon ombilical, ni de vaisseaux de quelque nature qu'ils soient.

Il faut donc que l'ovule puise les matériaux de sa nutrition et de son développement hors de lui-même, et la formation des réservoirs de nutrition appartient à une période antérieure à celle de l'apparition de l'embryon et du cordon ombilical.

Ainsi, dans cette succession de développemens de l'appareil de la nutrition de l'embryon et du fœtus, nous voyons la formation du périone, de l'hydropérione ou liquide de la membrane caduque; celle des villosités du chorion, du liquide de l'amnios; nous voyons l'apparition de la vésicule ombilicale, de l'embryon, de l'allantoïde, des vaisseaux omphalo-mésentériques et allantoïdiens, celle du cordon et du placenta; enfin le dépôt d'une matière gélatiniforme autour des vaisseaux ombilicaux.

Nous demanderons encore une fois comment se développe l'ovule arrivant par les trompes de Fallope, dans l'utérus, lorsqu'il n'existe ni vitellus, ni allantoïde, ni vaisseaux d'aucune espèce, et conséquemment ni placenta, ni cotylédons bien marqués ou suffisans pour servir à la nutrition et au développement.

Dans les animaux ovipares, le vitellus est considérable; il existe même avant la fécondation de l'œuf qui, ne pouvant pas prendre les matériaux de sa nutrition hors de lui-même, doit contenir une quantité de matière nutritive suffisante au développement du fœtus pendant toute la

période d'incubation; mais il en est autrement pour les animaux ovipares; le vitellus et l'allantoïde dans beaucoup d'espèces, sont moins des organes de nutrition que des indices rappelant l'uniformité du plan suivi par la nature. Si, dans quelques espèces, les organes ont un développement assez remarquable, quoique toujours bien inférieur à ce qu'il est dans les ovipares, ils sont à peine apparens lorsque l'ovule parvient dans l'utérus.

Pour éviter des objections plus spécieuses que solides, nous admettrons avec M. Plagge ou tout autre physiologiste moderne, que déjà l'amnios et l'allantoïde, et peut-être même le vitellus, existent dans l'ovule des mammifères lorsqu'il surgit de l'ovaire, et qu'il s'en détache pour arriver dans la trompe utérine. Ce ne serait que reculer la question, que d'attribuer la nutrition de l'ovule à la petite quantité de liquide appartenant à l'amnios, à l'allantoïde et au vitellus de cette époque. D'où viendront les matériaux de la nutrition, et comment seront-ils pris au dehors, lorsque le placenta ou les vaisseaux ombilicaux ne sont pas encore formés? Les liquides vitellaires, allantoïdien, amniotique, etc., peuvent bien servir à expliquer la formation et le développement de l'embryon, mais il faut des matériaux de nutrition pour l'œuf en totalité, lorsqu'il n'y a encore ni placenta ni vaisseaux ombilicaux, et nous avons montré, dans un autre mémoire, que les filamens du chorion ne sont pas vasculaires, et que c'est entre ces villosités qu'on voit sortir et s'élever les radicules du placenta.

C'est précisément de cette première période de la nutrition de l'œuf et de l'embryon que les physiologistes n'ont rien dit; comment expliquent-ils la nutrition lorsqu'il n'y a pas de vitellus, d'allantoïde et de vaisseaux omphalo-mésentérique ni de vaisseaux ombilicaux? Si c'est par l'eau de l'amnios que la nutrition se fait et que

les organes dont nous venons de parler se développent, où cette eau de l'amnios prend-elle les matériaux de la sécrétion, comment répare-t-elle ses pertes lorsqu'elle fournit les principes de formation et de développement d'appareils organiques qui desserviront plus tard la nutrition?

Sans doute il se fait une absorption par le chorion, mais d'où vient le liquide absorbé, quel est il? Est-il transmis directement de l'utérus au chorion; est-il préalablement sécrété, tenu en réserve pour être livré au fur et à mesure des besoins de l'évolution organique?

Jusqu'à ce que l'anatomie et la physiologie nous aient montré d'autres organes et d'autres matériaux de nutrition pendant la première période de la vie intra-utérine que le *périone* et l'*hydropérione*, nous nous croirons suffisamment autorisés, par l'observation et par le raisonnement, à considérer cette petite série d'organes comme l'élément le plus simple ou le premier appareil de la nutrition de l'embryon.

Quelques physiologistes, déjà anciens, ont eu le pressentiment de l'existence d'un fluide nourricier lactescent entre l'utérus et le placenta, pendant les premières périodes de la gestation; on se rappelle que des anatomistes ont parlé d'uu fluide blanc et laiteux dans les cotylédons, entre le placenta utérin et le placenta fœtal de quelques ruminans; mais il y a bien loin de cette simple indication que tous les modernes ont laissé passer inaperçue, et la démonstration de l'organe contenant ce liquide, la description de ce liquide même, et enfin l'histoire de ses usages. Tout en rendant justice à Noortwick, Brill, Reuss, Haller (1), Blumenbach (2) et M. Lobstein (3), nous re-

(1) Haller; *Elementa physiol.*, tome VIII, page 224.
(2) *Institutiones Physiol.*
(3) *De la Nutrition du fœtus.*

grettons qu'ils n'aient fait qu'une indication vague et fugitive sur un sujet d'une haute importance en physiologie.

Pathologie. — Rien n'est encore moins connu que les vices de conformation et les altérations pathologiques des membranes caduques. Il est cependant hors de doute que dans les grossesses extra-utériues, soit *interstitielles*, soit tubaires, ovariques ou abdominales, il y a simultanément une membrane caduque utérine primitive, et une membrane caduque en rapport avec l'œuf disposé dans la substance de l'utérus de l'ovaire, ou dans la cavité d'une trompe ou de l'abdomen : c'est un fait que nous avons déjà signalé, et dout nous avons pu nous assurer plusieurs fois.

La membrane caduque persistant quelquefois après la mort de l'embryon, il peut en résulter une hydropisie utérine enkystée, d'une nature particulière. Il faut qu'ici l'embryon cesse de vivre et que la membrane caduque continue de croître; mais cet accroissement arrivé à un certain terme, le kyste se déchire, le liquide s'écoule, et peu après la membrane caduque, sous forme d'une large poche, est expulsée. Si l'on examine attentivement toutes les parties de ce kyste, on reconnaît, dans un point de son étendue, les rudimens de l'embryon ou de quelques-unes de ses dépendauces.

Ce n'est que par ce mode de formation que cette hydropisie utérine est admissible, et elle doit être rare, car si l'ovule est déjà dans la cavité de la membrane caduque, il faudrait que les deux feuillets de cette membrane fussent déchirés pour que l'embryon et ses dépendances pussent être expulsés. On doit donc admettre, ou que l'embryon périt avant d'avoir pénétré la membrane caduque et avant la formation de la membrane caduque réfléchie, et qu'il n'est pas expulsé, ou que si la membrane caduque réfléchie est déjà formée, l'embryon, quoique mort, n'est

pas porté au dehors, car la déchirure de la caduque, indispensable à cette expulsion, s'opposerait à l'accumulation du liquide, et il est difficile de concevoir la cicatrisation d'une déchirure sur un tissu aussi peu vasculaire que la membrane caduque, à moins que cette oblitération de la solution de continuité ne soit opérée par la sécrétion et le dépôt d'une nouvelle quantité de lymphe coagulable, pareille à celle qui constitue déjà la membrane caduque.

Dans les grossesses multiples ou grossesses de jumeaux, nous avons trouvé tantôt deux membranes caduques distinctes et propres à chaque œuf, tantôt nous n'avons vu qu'une seule membrane caduque qui recouvrait les deux œufs accolés l'un à l'autre; c'est vers le point correspondant à ce contact des deux chorions qu'il n'existait pas de membrane caduque.

L'histoire des maladies, proprement dites, des membranes caduques et des autres enveloppes du fœtus, est tout à faire; nous possédons quelques observations isolées, mais nous n'avons rien de satisfaisant. Dans le troisième volume de notre Répertoire d'anatomie nous avons inséré un Mémoire de M. Dance, dans lequel on trouve des observations sur l'inflammation de la membrane caduque, et nous nous rappelons avoir vu deux cas analogues. Les altérations trouvées après la mort étaient une plus grande épaisseur de la membrane caduque que des concrétions pseudo-membraneuses recouvraient ou dont la substance était pénétrée de pus : de semblables altérations se rencontraient aussi entre le placenta et la face interne de l'utérus.

Les symptômes observés avaient été des vomissemens fréquens, opiniâtres et par fois très-violens.

Résumé et conclusions.

Il résulte, pour nous, de tout ce qui est rapporté dans ce Mémoire :

1° Qu'il se forme dans l'utérus, après la fécondation, une poche membraneuse (membrane caduque primitive, ou *périone primitif*).

2° Que cette poche est fermée de toutes parts.

3° Qu'elle contient un liquide que nous avons nommé *hydropérione*.

4° Qu'à l'arrivée de l'ovule, ce kyste l'enveloppe de tous côtés, et qu'alors se forme ce qu'on appelle la *membrane caduque réfléchie* ou *périone réfléchi*.

5° Que ces deux membranes existent entre l'utérus et le placenta, comme sur le reste de la surface de l'œuf.

6° Que l'*hydropérione*, qui se trouve d'abord dans la cavité de la membrane caduque primitive, est ensuite contenu entre les deux membranes caduques.

7° Que ce liquide cesse d'exister lorsque ces deux membranes sont en contact l'une avec l'autre, et qu'alors le placenta commence à paraître.

8° Que le liquide ou *hydropérione* sert à la nutrition de l'embryon pendant les premières phases de la vie intra-utérine.

9° Que cette nutrition s'opère par un mécanisme particulier, lequel est peut être comparable à celui de l'*endosmose* et de l'*exosmose*.

10° Que sur l'œuf des mammifères on trouve une disposition analogue, et que chez ces animaux on ne peut pas douter de l'existence du *périone* ou *membrane caduque*.

11° Que les membranes caduques se forment et dans l'utérus et dans le lieu où se développe l'œuf, lorsque la grossesse est extra-utérine.

12. Que les membranes caduques et l'*hydropérione* constituent un petit appareil de nutrition de l'œuf, pendant les premières périodes de la vie intra-utérine.

13° Que cet appareil existant dans l'homme et dans les

mammifères, doit être comparé à l'organe que les physiologistes modernes ont appelé *nidamentum*.

Mémoire sur une dysenterie épidémique qui a régné à l'hôpital militaire de Namur, pendant l'hiver 1831 à 1832; par le docteur Fallot, *médecin principal à Namur, membre correspondant de la Société médicale d'Emulation, etc.* (*Mémoire présenté à la Société médicale d'Emulation, et publié par elle.*) (Fin.)

Obs. XIII. *Entéro-colite chronique avec inflammation du péritoine et de l'arachnoïde; Désorganisation du foie et nombreuses ecchymoses.—Mort.* — Au nombre des évacués de l'hôpital de Louvain, le 19 octobre, se trouvait le nommé Keclar, flamand, long, mince, blanc; poitrine très-plate et très-étroite; il est porteur d'un abcès à la main gauche; déposé d'abord dans la division des blessés, il est transféré, le 23, dans celle des fiévreux. A ma visite, j'appris de lui qu'il traînait depuis long-temps dans les hôpitaux, ne pouvant se débarrasser de la diarrhée; je remarque qu'il est fort maigre; que son teint est d'un jaune pâle, mêlé d'une couleur de rouille ferrugineuse. La prostration musculaire est telle que, malgré l'intégrité des facultés intellectuelles, le malade ne peut supporter, même pendant un instant, aucune station.

Peau sèche et crispée; autour de l'ombilic existent plusieurs ecchymoses de la largeur d'une pièce de 40 sous, chaudes, molles, conservant l'impression du doigt; langue rouge, rugueuse, très-sèche; hoquets par intervalles, toux fréquente, excitant de la douleur tout le long des attaches du diaphragme; épigastre soulevé, tendu, dur, chaud, très-sensible à la pression; pouls très petit, très-fréquent; les selles ne laissent aucun relâche, elles sont

vertes, accompagnées de ténesme ; l'atmosphère du malade est d'une odeur douceâtre, très-pénétrante, et excessivement nauséeuse. (Lavement d'amidon opiacé; décoction de salep avec un gros de teinture d'opium sur 8 onces).

Je suis forcé de renoncer sur le champ à l'opium qui excite des envies de vomir et dessèche la langue, sans diminuer le nombre des déjections.

Le 24, nuit très-mauvaise; gémissemens sourds, les douleurs sont spécialement fixées dans la fosse iliaque gauche; décubitus en supination; cuisses rétractées; de la plaie placée au dos de la main s'échappe un pus sanieux, noirâtre, à odeur de gangrène.

Le 25, escharres gangréneuses entourées d'une aréole rosée sur l'index et le dos de la main gauche.

Le 26, maculatures violettes, dures, élevées au-dessus de la peau sur tout le tronc, existant en quantité innombrable sur la tête de la verge et le scrotum. Elles envahissent successivement les extrémités, le cou, la face et la cavité buccale. On essaie l'opium sous diverses formes; mais à l'intérieur il n'est jamais supporté. Les boissons acidulées, tant végétales que minérales, provoquent de l'angoisse et du vomissement; la seule solution de jus de réglisse est supportée.

Le 28, la jactitation est telle que le malade ne peut demeurer un seul instant en place. La respiration est courte, dyspnéïque, ce qui rend l'exercice de la parole très-difficile.

Gémissemens plaintifs, petite toux sèche, dysphagie; le malade demande à manger, à boire du vin, et cependant quelques cuillerées de vin doux excitent la plus cruelle gêne. Le malaise devient extrême; le pouls tremblotte et s'efface par la plus légère pression. Il n'existe pas de délire; le malade apprécie toute l'horreur de sa position, se plaint de douleurs intolérables, mais sans

pouvoir désigner aucun endroit précis où elles sont fixées ou prédominantes.

Dans la soirée du 29, il commence à délirer, perd peu à peu connaissance et meurt vers deux heures du matin.

Nécropsie 24 heures après la mort. — Habitude externe. — Toutes les maculatures signalées pendant la vie sont actuellement des élevures blanches de forme inégale, dures, portant au centre une croûte brunâtre, déprimée. L'abcès placé sur le dos de la main est rempli d'une matière noire, putrilagineuse, gangrénée; les ecchymoses circa-ombilicales existent dans le tissu cellulaire sous-dermoïde injecté, et se laissent écraser sous les doigts.

Appareil sensitif interne. — Infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; épanchement de même nature dans les ventricules ; engorgement sanguin des vaisseaux encéphaliques.

Appareil respiratoire.—Les deux poumons sont tuberculeux. C'est dans les lobes supérieurs surtout que l'infiltration de la matière tuberculeuse et sa réunion en masse s'observent. Les poumons sont adhérens et les plèvres soulevées à leur surface costale par de petits dépôts de matières blanches comme plâtrées. La muqueuse bronchique est violette et présente de nombreuses ulcérations.

Appareil digestif. — Le foie est d'un volume énorme, l'hypertrophie s'étend aux trois lobes à la fois; il occupe les deux hypochondres, la région épigastro-ombilicale et toute la fosse iliaque droite, et refoule en bas et à gauche tout le paquet intestinal ; il adhère fortement par une membrane serrée, courte et étendue, au diaphragme et aux parois ventrales; sa force de cohésion est tellement diminuée qu'il se déchire pendant l'opération de l'extraction ; son parenchyme est décoloré, granuleux ; et, pressé entre les doigts, il s'écrase et se réduit en pulpe avec la plus grande facilité.

Le tube digestif offre dans toute son étendue des traces évidentes de phlogose. La muqueuse buccale et pharyngienne est semée de boutons durs, varioliformes et déprimés au centre. Autour du cardia la rougeur est intense; l'estomac est criblé de tachetures rouges vers le centre desquelles rayonnent des vaisseaux sanguins.

Les valvules conniventes sont saillantes, teintes en jaune safrané; la muqueuse est injectée, tantôt par arborisation, tantôt par suffusion, comme si la couleur avait été étendue avec un pinceau. Les plaques des glandes agminées se présentent comme des lentilles blanches et mollasses sur un fond bleuâtre.

A un pied et demi environ au-dessus de la valvule de *Bauhin* on remarque les premières ulcérations, comme si elles avaient été faites avec un emporte-pièce, à fond grisâtre, et formées aux dépens de la membrane muqueuse. Près et autour de la valvule existe une ulcération de plus d'un pouce de hauteur, grise, rugueuse, à bords découpés et durs. Les tuniques du gros intestin sont considérablement épaissies. Dans le cœcum, le fond est grisâtre, semé d'une innombrable quantité de granulations rougeâtres et abreuvées par une bouillie purulente; détritus de la membrane muqueuse. Plus loin, l'intestin est bosselé, d'un rouge vif; la masse folliculeuse s'offre sous forme de mamelons rouges, carnifiés, déprimés en godet au centre, dont les intervalles sont remplis par la même bouillie purulente.

Dans l'S iliaque du colon, cette métamorphose est surtout remarquable; ce n'est qu'un amas de fongosités ou de porreaux d'un rouge foncé, mollasses et saignans. Le rectum est verdâtre, rugueux.

Ici la muqueuse de tout le tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, était malade, et sous ce rapport la dénomination d'entérocolite placée en tête de l'observation

est sans doute inexacte ou du moins incomplète; mais outre que nous ne connaissons pas en langue médicale de mot pour désigner la phlogose de toutes les divisions du canal alimentaire, il me paraîtrait peu rationnel de contester à la muqueuse du gros intestin et de la fin de l'iléon d'avoir été le point de départ d'une phlegmasie, qui, par son extension successive à d'autres organes, a imprimé plus tard à la maladie la forme compliquée sous laquelle on vient de la voir figurer.

Il n'entre pas dans notre plan de faire l'analyse des symptômes et de les rattacher chacun à la lésion organique dont ils étaient les représentans. Je ne ferai qu'une seule remarque; elle a trait à l'état cacochyme du malade, état auquel s'attribuent les escarres gangréneuses, les maculations, les ecchymoses dont il était porteur tant en dedans qu'en dehors, et cette tendance à la décomposition, dont pendant la vie on a pu constater l'existence.

Ce n'est pas que j'attribue cette cacochymie à l'asthénie générale, et ces maculations et ces ecchymoses à l'atonie des vaisseaux qui, distendus par le sang, le laissent échapper par l'écartement en quelque sorte mécanique de leurs molécules. Je les crois dues, au contraire, à une véritable exhalation active, opérée sous l'empire d'un travail irritatif.

Voyez vers les tachetures rouges de l'estomac rayonner des vaisseaux sanguins injectés; remarquez les aréoles dont sont entourées les escharres, la congestion du tissu cellulaire sous-cutané où sont déposées les ecchymoses.

La disparition, après la mort, de la couleur rouge des maculatures ainsi que des pustules cutanées, est un indice irrécusable pour moi que cette couleur était due à un mouvement fluxionnaire, à un appel fait au sang par l'irritation, car celle-ci étant une modification de l'état

de vie, ses effets ont dû nécessairement cesser avec son extinction; mais, tout en admettant pour cause de la congestion des parties un surcroît de vitalité, je n'en pense pas moins que si la crâse des humeurs n'avait pas été imparfaite et leur force de plasticité diminuée, il n'y aurait pas eu dans les tissus phlogosés cette tendance à une rapide décomposition. Toutefois cette dyscrasie des humeurs, cette dépravation du jeu de leurs affinités vitales n'est pas un fait primitif, spontané, indépendant : il est subordonné à la longue phlogose dont le tube digestif et l'appareil pulmonaire avaient été le siége.

On sait combien, en général, dans les inflammations aiguës de l'appareil digestif, le travail de la chylose est entravé. On conçoit qu'il doit en être plus particulièrement ainsi quand elles ont leur siége dans le colon, puisqu'un des caractères des colites aiguës est la précipitation brusque et soudaine des alimens aussitôt après leur ingestion et au milieu d'une abondante sécrétion muqueuse ou sanglante, et qu'il doit être tout-à fait nul, ou du moins extrêmement incomplet. Quand tout le canal alimentaire est enflammé, comme nous en avons ici un exemple, du trouble de la chylose, combiné avec la perturbation que produit dans l'économie toute inflammation violente ou étendue, résulte inévitablement la langueur de la nutrition générale, l'imperfection de la réparation des solides, et par suite leur impuissance à résister aux effets du processus phlogistique, dont il est de l'essence de tendre à la désorganisation.

La dégénérescence si avancée du foie, dont l'importance dans le travail de la chylose a été si bien appréciée par MM. Tiedemann et Gmelin, a sans doute puissamment contribué à l'altération humorale. Il faut en dire autant de la désorganisation du poumon qui a dû rendre l'aération du sang très-incomplète.

Voilà du moins comme j'entends les maladies des humeurs. Très-rarement idiopathiques, et cela dans les seuls cas où ces humeurs servent de véhicule à un principe miasmatique ou vénéneux, elles surviennent toujours secondairement à une affection morbide des solides. Altérées alors dans leur mixture ou dans leur cohésion, ces humeurs perdent la faculté de stimuler convenablement les solides et d'exciter en eux les mouvemens nécessaires à l'accomplissement régulier de leurs fonctions. Mal élaborées par suite d'une irritation dont les solides étaient le siége, elles deviennent à leur tour causes de nouvelles irritations.

Voilà le cercle dans lequel tournent les actions pathologiques. *Consensus unus, consentientia omnia.*

Obs. XIVe — *Entero-colite chronique, anasarque. Mort.* — Devoder, flamand, mince, élancé, blond, lymphatique, arriva de Louvain le 19 octobre, en proie depuis seize jours à la diarrhée; face pâle, jaune, mélangée d'ôcre, peau sèche, rude, ponctuée sur le corps; langue pâle, pointue. Sept à huit selles liquides en partie stercorales, en partie glaireuses dans les vingt-quatre heures; urines rares, tumeur molle, volumineuse dans l'hypocondre gauche, appétit très-énergique.

Pendant sept semaines qu'il vécut encore à l'hôpital, il ne quitta jamais son lit que pour satisfaire à ses besoins; fort sensible au froid, il se tenait tous les jours ramassé sur lui-même, les cuisses fléchies sur le tronc, et enfoncé sous ses couvertures. Quand les selles devenaient plus nombreuses, on y opposait quelques gouttes de teinture d'opium : c'est le seul des remèdes essayés qui ait eu des effets constans.

Le ratanhia, le columbo, l'arnica et la thériaque, semblaient plutôt augmenter le flux de ventre que de le comprimer.

Pendant tout le temps de son séjour parmi nous, la peau fut toujours aride et rugueuse, les urines rares; il s'infiltra peu à peu, et le pouls allant toujours en s'affaiblissant, il mourut le 24 décembre.

Nécropsie, le 25, 26 heures après la mort. — *Appareil sensitif interne.* — Sérosité limpide dans les mailles de la pie-mère, des cavités arachnoïdiennes du cerveau et de son prolongement, substance nerveuse saine.

Appareil respiratoire. — Sérosité dans les deux plèvres sans altération des séreuses; innombrables tubercules miliaires dans les deux poumons.

Appareil circulatoire. — Péricarde distendu par de la sérosité limpide, cœur flasque, décoloré.

Appareil digestif. — Sérosité limpide, citrine, dans l'abdomen, enveloppe gélatineuse autour du tube digestif, surtout dans sa portion grosse. Parois intestinales épaissies, celles du gros intestin ont plus de quatre lignes; muqueuse stomacale pâle, semée de points grisâtres; celle de l'iléon est ardoisée. A sa terminaison elle rougit et présente de nombreux ulcères. Colon hérissé de distance en distance de porreaux ulcérés à leur sommet, grisâtres, nacrés à leur section.

L'S romaine du colon et le rectum sont rugueux et enduits d'une sanie sanguinolente; le foie est comme cendré, grumeux; la bile cystique décolorée, semblable à de l'eau de laitue; la rate a plus de trois fois son volume; elle descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Sa membrane externe est ridée; son parenchyme semblable à du pain trempé dans du gros vin.

Cette maladie m'a semblé remarquable par la profonde langueur dont étaient frappés les actes de la vie de relation. Sans cesse enterré sous ses couvertures, indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, insensible aux paroles de consolation qu'on lui adressait et aux soins em-

pressés dont il était l'objet, il traînait une vie végétative. Peut-être la compression exercée sur le cerveau par la congestion séreuse a-t-elle contribué à émousser les sensations. Celle du besoin de l'alimentation était cependant vivement sentie pendant tout le temps du séjour du malade à l'hôpital; les contractions du cœur furent lentes, molles, à peine sensibles au stéthoscope.

Pendant que la prostration musculaire, la lenteur et l'inertie des mouvemens du cœur, et l'affaiblissement des opérations intellectuelles pouvaient dépendre d'un défaut d'excitation gastrique, j'employai quelques amers, le vin, la thériaque; mais je n'eus pas lieu de m'en applaudir. Il est possible que, glissant innaltérées au travers d'un estomac débilité, ces substances venaient en contact avec la muqueuse *entéro-colique phlegmasiée*, et que de là ait dépendu l'augmentation des selles observées après leur ingestion. J'attribue l'hydropisie générale à la cessation des actes dépurateurs confiés à la peau et aux reins. La péritonite lente et obscure, dont l'extravasation abdominale et les formations gélatineuses péri-entériques on fait reconnaître l'existence, me paraît moins avoir été cause de la suppression de ces travaux excréteurs, que l'effet de l'action supplétive à laquelle a été forcée la séreuse abdominale déjà surexcitée par l'extension de la phlogose muqueuse. Remarquez bien que la couche psendo-membraneuse était plus développée autour du gros intestin qu'ailleurs.

Obs. XV[e] — *Entero-colite chronique, excavation tuberculeuse des poumons; dégénérescence squireuse du gros intestin.*

Herings, flamand, taille moyenne, mince, blond, lymphatique, arriva de Louvain par évacuation le 19 octobre. Étant au vingt-septième jour d'une diarrhée gagnée au camp, qui, sanglante d'abord et tormineuse, était ac-

tuellement indolore et paraissait peu inquiéter le malade. Il n'a en effet que quatre à cinq selles liquides la nuit; le jour il n'en ressent aucune incommodité. Cependant sa maigreur est extrême, sa figure a une expression marquée de souffrance, son teint paille, mêlé de rouille, sa peau sèche, muqueuse, rude, l'appétit fort vif.

J'emploie les moyens recommandés par les auteurs contre la diarrhée chronique, mais sans succès. Le salep et l'opium diminuent bien le nombre des selles, mais n'en épaississent pas la consistance. Avec cela il tousse, mais crache peu; cependant le stéthoscope fait reconnaître une pectoriloquie retentissante dans la fosse sus-épineuse gauche, et peu de temps après, une autre avec râle bouillonnant sous la clavicule du même côté. Le flux de ventre est tantôt plus, tantôt moins abondant, tantôt indolore, tantôt avec ténesmes. L'opium gommeux en solution et un lavement, la décoction de salep avec la teinture thébaïque, sont les seuls moyens par lesquels nous parvenons à adoucir un peu ses souffrances: encore faut-il souvent en suspendre l'emploi à cause des nausées qu'ils excitent. Le malade succombe dans le dernier degré de marasme, le 24 novembre.

Nécropsie 27 heures après la mort. — *Appareil respiratoire.* — Adhérence intime et très-ancienne du poumon gauche, sur toutes ses faces; plusieurs excavations tapissées intérieurement d'une membrane fibro-cartilagineuse, sèche et luisante dans son parenchyme, qui est du reste criblée de tubercules et privée de toute cohésion; le droit en contient également beaucoup, mais crépite par la pression.

Appareil digestif. — Coarctation notable et épaississement peu commun du tube alimentaire : l'estomac n'est pas plus gros que d'ordinaire le cœcum; sa membrane interne est comme gélatineuse. Des milliers de petits ul-

cères dévorent la muqueuse de l'iléon; autour de la valvule iléo-cœcale de larges ulcérations. Le gros intestin est dans ses deux portions verticales d'un vert foncé, ponctué en blanc et en rouge, on dirait d'épinards hâchés avec du blanc d'œuf et de la viande; au milieu on remarque de larges ulcères placés au sommet d'espèces de verrues à base large et à coupe nette et nacrée. L'arc du colon est d'un rouge vif; on y reconnaît facilement l'existence de la membrane muqueuse, mais elle est, comme un crible, percée d'innombrables ulcères à fond lardacé. La vessie est contractée et vide.

Obs. XVI[e]. — *Entero-colite chronique, dégénérescence cancéreuse de l'intestin.* — Braf faisait partie de l'évacuation du 19 octobre; il succomba à la dysenterie chronique le 29 novembre, après avoir souffert horriblement de douleurs ventrales et de vomissemens que l'opium, loin de calmer, exaspérait, et conservant jusqu'au dernier moment sa présence d'esprit, alors que tout mouvement du cœur était imperceptible, même au stéthoscope, que la langue, la peau, l'haleine étaient glacées. Il offrit à la section, des signes évidens de péritonite aiguë, et, avec cette même couleur granitique que je viens de décrire ci-dessus, qui, cette fois, occupait toute l'étendue du gros intestin, une dégénérescence telle des parois intestinales, qu'il m'a été impossible d'y reconnaître aucune couche, aucune tunique. Le tout aurait assez bien représenté une couenne, si de nombreux petits amas de matière encéphaloïde, tuberculeuse, n'avaient été déposés dans son intérieur.

Je n'ai que peu de mots à dire sur ces deux derniers cas; ils ont cela de commun que, dans l'un comme dans l'autre, l'entéro-colite avait existé long-temps à l'état chronique et, en entretenant une nutrition anormale dans les parois intestinales, les avait considérablement

épaissies et déformées, au point de les rendre méconnaissables. Dans le premier cas cependant, la muqueuse colique n'était pas entièrement détruite, dans le second elle était convertie en entier en putrilage. Cette dernière désorganisation, je l'attribue à l'exacerbation de l'état inflammatoire, à sa réascension à l'état aigu dans un tissu déjà ramolli et privé d'avance de sa force d'association organique par la persistance de la phlogose. C'est encore, suivant moi, une inflammation chronique remontée à l'acuité. Elle n'a duré que peu d'instans, parce que, déjà l'excitabilité était tellement épuisée, la somme des forces réduite à un tel point, qu'une courte récrudescence a suffi pour l'anéantir totalement. Chez d'autres, où la mort arriva plus lentement, nous rencontrâmes des espèces de bourrelets ou anneaux comme fibreux, placés de distance en distance dans le gros intestin dont ils rétrécissaient considérablement l'aire; ils étaient formés par une matière d'aspect squirrheux, sécrétée dans le tissu cellulaire sous-muqueux qu'ils soutenaient : au sommet de la proéminence circulaire à laquelle cette désorganisation donnait lieu, la muqueuse était détruite par les ulcérations.

Obs. XVIIe — *Entero-colite chronique repassée à l'état aigu, exhalation de sang très-abondante dans le canal intestinal. Mort.* — Verkleven fut évacué sur nous de Louvain le 3 novembre; il était petit, maigre, pâle et infiltré, en proie à la diarrhée, à son dire, depuis plusieurs semaines. A son arrivée il n'a guère que quatre à six selles dans les vingt-quatre heures, mais toujours liquides et accompagnées de ténesme. Il est d'une inconcevable apathie, et sans l'active surveillance des infirmiers et leurs incessantes exhortations pour qu'il ne s'oubliât pas, il laissait aller toutes ses déjections sous lui. Sa peau est sèche, râpeuse, ses urines rares, son pouls lent, fai-

ble, petit, son appétit peu prononcé. Le salep opiacé réduit le nombre des selles et en augmente la consistance; le pouls se développe un peu, mais le moral reste mauvais, et la peau et les reins sans action. J'emploie les frictions sèches, l'acétate d'ammoniaque en combinaison avec l'extrait de chiendent. La peau semble un peu s'assouplir et la sécrétion urinaire augmenter. Mais cette amélioration est de courte durée. Le 4 décembre, colique violente, ténesme, flux de ventre séreux, sanglant, prostration musculaire et intellectuelle extrême (salep opiacé, cataplasme); diminution des douleurs et de la diarrhée, mais persistance du ténesme; le pourtour de l'anus est rouge, excorié et extrêmement douloureux. Le 9 évacuation copieuse de sang par l'anus, après de violentes coliques, profond anéantissement, froideur glacée du corps, imperceptibilité du pouls. Sinapismes, vésicatoires aux mollets, vin sucré, réaction légère et courte, douleurs de ventre atroces, gémissemens sourds, peau marbrée, nez pointu, regard terne, paroles lentes, confuses, odeur cadavéreuse très-prononcée. C'est ainsi que le malade reste jusqu'au 12 qu'il meurt.

Nécropsie 19 heures après la mort. — Toute la partie postérieure du corps est d'un bleu noirâtre dû à l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané. La peau du reste du corps est marbrée, veinée, vergetée en bleu.

Appareils respiratoire et circulatoire : poumons flasques, peu crépitans, engorgés de sang noir, liquide; caillots jaunâtres, gélatineux, emplissant l'oreillette et le ventricule droit; cœur décoloré et mou; sérosité copieuse dans le péricarde.

Appareil digestif et annexes : Estomac petit, rétréci, muqueuse pâle, intestin grêle inaltéré jusqu'à quatre pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Là,

brusquement et sans gradation, la muqueuse prend dans tout son pourtour une teinte rouge qui se continue jusqu'au rectum, et qui est due à une exhalation de sang épais, visqueux. Cette teinte est tellement uniforme, qu'on dirait que c'est avec un pinceau qu'on l'a éteudue. Dans le rectum elle se fonce davantage et passe au noir. La surface iléo-cœcale est lisse, celle du rectum est grumeleuse; le simple lavage n'enlèverait pas la couleur rouge; on a mis macérer les parties qui en étaient enduites. Après un séjour de quelques heures dans l'eau, qui a profondément rougi, le tronçon intestinal a présenté les phénomènes suivans : parois considérablement épaissies, muqueuse gonflée et injectée, bosselée, criblée de petits ulcères qui, par leur union, constituaient dans le colon des traînées dirigées dans tous les sens et circonscrivant des mamelons rougeâtres de forme et d'étendue inégales qui lui donnent l'aspect bosselé.

Le tissu cellulaire sous-muqueux est gonflé, ramolli; on sépare aisément, et par larges lambeaux, la tunique interne de la musculeuse; dans le colon descendant, le tissu sous-muqueux est épaissi, condensé, transformé en matière semblable à l'albumine cuite. Dans le rectum la muqueuse est détruite; les granulations rouges qu'on y remarque semblent être les follicules enflammés qui n'ont pas encore subi la destruction.

Voilà une maladie observée par nous dès le commencement à l'état chronique, remontée ensuite à l'acuité, et terminée par une hémorrhagie en disproportion avec les forces du malade, et qui a été promptement suivie de la mort. L'excrétion de sang ne ressemblait pas du tout à ce qu'on remarquait chez d'autres dysentériques : ici le sang était rendu abondamment à demi-pot de nuit à la fois et pur, sans mélange de mucus, de pus ou de matière stercorales. Je ne sais si je me trompe, mais le sang qui,

chez les dysentériques, est mêlé aux selles, provient souvent d'une sécrétion opérée par les follicules irrités, comme on voit chez les nourrices une succion trop prolongée des mamelons donner du sang au lieu de lait, tandis qu'ici il était fourni directement par les exhalans.

J'ai déjà, il y a plusieurs années, conçu et émis, (*Journal complémentaire*, décembre 1829, page 142), l'opinion que les hémorrhagies autres que les traumatiques, et les inflammations que rapprochent, de l'aveu de presque tous les physiologistes de nos jours, l'identité des causes, la similitude des phénomènes et la propension au remplacement mutuel, étaient dues à la même modification organique, et que la variété des formes sous lesquelles elles se présentaient à nos sens ne dépendait que de la différence de texture et des fonctions des systèmes organiques qu'occupait cette modification. Je pensais que, fixée sur l'ordre des vaisseaux chargés de l'apport des matériaux nécessaires à la recomposition ou nutrition des tissus, l'irritation revêtait la forme inflammatoire, et se présentait sous l'hémorhagique quand elle intéressait vivement ceux auxquels sont confiées les exhalations autres que nutritives.

Je sais qu'à l'appui de mon opinion je ne puis fournir aucune preuve; si pourtant on veut considérer que l'organisation et la vitalité qui s'ensuit doivent nécessairement différer dans ces deux ordres de vaisseaux, puisqu'ils accomplissent des fonctions différentes, il faut, par contre, admettre qu'ils peuvent être séparément et même isolément irrités. Le principe une fois admis, calculez quels doivent être les effets de l'irritation sanguine dans les capillaires nutritifs, et vous verrez que naturellement et rigoureusement vous serez conduits, par la seule argumentation *à priori*, aux quatre phénomènes fondamentaux de l'inflammation, tumeur, rougeur, chaleur, et douleur;

ce dernier phénomène variant de caractère d'après mille circonstances que tout physiologiste peut prévoir et apprécier. Transportez maintenant cette même congestion sur les capillaires exhalans, sur ceux qui dans l'état ordinaire de leurs fonctions élaborent et sécrètent ce liquide vaporeux qui favorise le glissement des membranes séreuses et contribue à humecter nos surfaces de rapports, et vous verrez se produire les phénomènes des hémorrhagies. Partant de cette hypothèse, vous concevrez sans peine ce qu'aucune autre théorie n'a pu expliquer, comment les inflammations suppriment les hémorrhagies, comment celles-ci remplacent, préviennent souvent et jugent fréquemment les inflammations, à savoir par l'effet d'une révulsion opérée par un ordre de vaisseaux sur un autre; elle rendra compte rationnellement des bons effets de la vésication cutanée dans les hémorrhagies, et dira pourquoi elle y réussit mieux et plus promptement et plus sûrement que dans les inflammations; elle expliquera, en s'appuyant sur la comparaison de plusieurs autres faits analogues observés dans d'autres tissus, pourquoi, antagonistes par nature, ces deux formes irritatives s'allient quelquefois et portent alors une atteinte prompte et inévitable à la vie qu'elles attaquent; pourquoi les sédatifs de l'appareil périphérique sanguin, froid, acides et autres médicamens astringens, tant végétaux que minéraux, arrêtent si énergiquement les hémorrhagies et échouent contre les inflammations intérieures.

Je le redis de conviction, je ne puis administrer à l'appui de mon opinion aucune vivisection, injection ni expérience qui pourrait servir de preuve; mais je crois ma théorie conforme à la saine physiologie, propre à rendre un compte satisfaisant de tous les faits pathologiques qui se rapportent aux inflammations et aux hémorrhagies, et propre à justifier les indications thérapeutiques dont jus-

qu'ici la pratique s'est bien trouvée et en faire naître de nouvelles.

Histoire générale.

§ Ier. *Symptomatologie.*—Voici les symptômes principaux avec lesquels la maladie s'est offerte à notre observation : chez les uns, elle est précédée d'un sentiment de malaise et de plénitude gastrique, constipation, inappétence. Cependant le malade continue à manger et à boire, et la faiblesse qu'il éprouve est une raison de plus pour ingérer des alimens. Diarrhée, selles liquides avec soulagement du poids stomacal, plus fréquentes la nuit que le jour; douleurs ventrales, tantôt vagues, mais le plus souvent iliaques ou hypogastriques : les infirmiers ne s'en aperçoivent pas et les malades s'applaudissent de nous en avoir dérobé la connaissance, et s'efforcent de manger; augmentation de la diarrhée, diminution des urines, pâlissement et étirement de la face, ce qui fait naître la suspicion de l'existence du flux de ventre; dénégation absolue, assurance qu'on se porte bien; quelques malades cependant conviennent de leur état, et alors une diète rigoureuse, des boissons gommées préviennent les progrès du mal et remédient à celui qui déjà est fait. Chez d'autres, l'invasion est brusque, elle a presque toujours lieu pendant la nuit; elle est accompagnée d'un sentiment général de prostration et de froid, d'évacuations fréquentes, tormineuses, qui, liquides et stercorales d'abord, deviennent bientôt sanglantes; douleurs abdominales déchirantes ressenties le long du colon, quelquefois à son origine, mais presque toujours à l'S romaine ou à l'hypogastre, qui est souvent soulevé, rénitent. Le besoin d'aller se multiplie de plus en plus et devient bientôt incessant; le malade ne quitte plus le bassin, cependant il n'exprime qu'avec peine et au milieu des plus douloureuses éprein-

tes quelques gouttes de sang ou quelques grumeaux sanglans. La sécrétion urinaire est suspendue; la peau se plisse; celle de la face est d'un blanc terne et sale, mêlé de rouille ferrugineuse; les traits s'affaiblissent et se grippent, les yeux se cernent et se cavent, la température baisse; les extrémités, surtout les pieds, sont glacés; le pouls s'enfonce et s'efface sans s'accélérer et souvent en se ralentissant; la langue est pâle, devient bleuâtre, se sèche et se recouvre d'un enduit ponctué blanc ou jaune; la soif est quelquefois nulle, d'autres fois forte, et dans ce cas le malade appète les boissons chaudes, repousse celles qui sont froides et acidulées parce qu'elles excitent des nausées et des coliques. Si le vomissement survient, il se compose d'un liquide porracé, âcre, fétide; souvent il se manifeste dès l'invasion et s'accompagne alors de constriction précordiale, et chez quelques-uns de crampes dans les mollets.

La maladie prend-elle une tendance funeste, tous ces différens symptômes s'aggravent, la figure se creuse de plus en plus, le refroidissement va sans cesse croissant; le pouls devient tout-à fait insensible; le hoquet se déclare et les déjections continuent sans relâche; le malade ne prend plus aucun soin de les retenir et les laisse couler; elles deviennent vertes, noires, répandent une odeur particulière, douceâtre, pénétrante, nauséabonde, dont s'imprégne l'atmosphère du malade; la langue et l'haleine sont froides, sa peau livide, sa face cadavéreuse, son nez pointu, ses dents et lèvres noires, son corps glacé comme un marbre; et c'est dans cet état qu'il languit pendant plusieurs jours, jouissant de toute sa raison, sans que cataplasmes chauds, irritans de toute espèce, sinapismes, frictions spiritueuses, camphrées, puissent rappeler chez lui quelque chaleur; quelquefois nous les avons entendus, dans les derniers jours de leur vie, accuser un

froid intérieur sans que la nécropsie ait pu, par quelque circonstance particulière, expliquer cette sensation. Les déjections ne sont pas toujours du même aspect; quelquefois c'est du sang pur que le malade rejette, d'autres fois ce sont des pellicules blanchâtres nageant sur un liquide brun, ou bien du mucus tremblant strié de sang, ou des lambeaux membraneux, lisses sur une face, tomenteux et hérissés de prolongemens chevelus sur l'autre; ailleurs c'est un liquide homogène à la sortie du corps, mais qui se sépare bientôt en deux parties; celle qui surnage est rouge, semblable à de la lavure de chair; celle qui se précipite est blanchâtre, pareille à de la terre glaise; elle colle au fond du vase; soumise à la chaleur, elle se coagule d'abord, se boursouffle et répand une odeur ammoniacale. Peut-être ces déjections ne sont-elles que du sang décomposé par le travail phlegmasique, dont la matière colorante, n'existant que dans une petite proportion, douée d'une faible cohésion, est tenue en dissolution par le sérum au lieu d'être combiné à la fibrine; peut-être aussi n'est-ce que la partie albumineuse du sang seule qui, sécrétée à la surface de la muqueuse enflammée, est momentanément dissoute par la sérosité intestinale, alcalinisée par le travail phlogistique, et qui se dégage de sa combinaison et se précipite par le refroidissement. Ce sont au reste là des hypothèses qui ne peuvent apporter aucune modification au traitement, et sont par conséquent plus curieuses qu'utiles.

Un fait seul domine toute la question thérapeutique, c'est que la maladie est de nature phlegmasique, et c'est ce que concourent à démontrer et ses symptômes et ses effets sur le cadavre. Mais avant de nous occuper de ces derniers, disons que la maladie montra une prédilection toute particulière pour les individus d'une constitution faible et délicate, ou ceux qui étaient épuisés par une

longue maladie, et tout spécialement ceux qui avaient déjà offert des symptômes de diminution dans la force de cohésion ou d'altération dans la mixture des élémens du sang. Ceci n'est encore qu'un fait que j'articule; je suis moins qu'un autre partisan de la médecine dite humorale; j'ai souvent déjà eu l'occasion de m'expliquer sur ce que je pense de l'altération des humeurs; mais j'ai vu ce que je rapporte et je laisse aux autres à en déduire des conséquences.

Depuis le mois d'août je rencontrai plusieurs fois des tuméfactions des gencives avec ramollissement, suintement de sang, fétidité de l'haleine, quelquefois avec des ulcérations étendues de la muqueuse de la langue ou des joues en arrière des dernières molaires, ou ébranlement et même chute des dents.

Le sulfate d'alumine en solution pour gargarisme, l'attouchement avec l'acide hydro-chlorique dans du miel rosat ou la cautérisation avec l'acide pur, remédiaient à ce stomacace qui souvent se montra rebelle et dont la guérison se fit long-temps attendre; mais ce furent particulièrement ceux qui en étaient ou qui en avaient été atteints qui contractèrent la dysenterie les premiers, parmi les malades en traitement à l'hôpital, et avec le plus de violence.

Voici ce que j'observai entre autres: un jeune homme, qui avait eu un écoulement sanguin aux gencives, et qui en était guéri, contracta la dysenterie le lendemain de cette entéro-colite, qui était accompagnée de déjections très-nombreuses de sang ténu; des milliers de taches bleuâtres, lenticulaires ou losangées, circonscrites, couvrirent tout son corps, particulièrement les plians des membres.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes, indépendamment des désordres communs à tous, la membrane

interne de la fin de l'intestin grêle, et ce qui restait de celle du gros intestin, enduite d'une couche sanglante; au-dessus de la zône intestinale, siége de cette exhalation, on rencontrait dans le tissu cellulaire sous-muqueux d'innombrables ecchymoses de grosseur et de forme variables, ce qui donnait à la partie affectée un aspect tigré.

La température, qui s'élevait lorsque la réaction vasculaire s'établissait, et que le sang était poussé avec quelque force vers la périphérie, baissait au fur et à mesure que celle-ci perdait de son énergie, et cet abaissement était d'un funeste augure. Le pouls suivait la même échelle; fréquent et vif au moment de la réaction, il se ralentissait et s'enfonçait lorsque les progrès de la phlogose enrayaient les mouvemens du cœur. Autant l'élargissement et le développement du pouls étaient un signe favorable, autant son affaiblissement, alors même que le ralentissement l'accompagnait, m'a paru funeste. La langue rougissait quelquefois vers la fin de la vie, mais rarement, parce que chez ces individus, épuisés par une longue maladie, le sang était trop appauvri; sa quantité, trop petite, peut-être aussi l'appel fait à l'intérieur trop impérieux pour qu'il s'en trouvât assez pour ronger les tissus sympathiquement affectés. Voilà ce que nous trouvâmes en général : la langue plate, raide, rouge au limbe, sèche, jaune, grenue sur le corps : pâlissait-elle, devenait-elle verte, ces phénomènes s'accompagnaient-ils de vomituritions et d'abaissement de la température, on pouvait annoncer une mort très-prochaine avec sphacèle des intestins. Il est digne de remarque, qu'au rebours de ce qui a lieu dans les phlegmasies de l'estomac et du commencement de l'intestin grêle, les centres nerveux qui président aux actes de l'intelligence conservaient toute leur intégrité d'action. Le délire était un phénomène rare, tandis qu'il est presque inséparable des

gastro-entérites aiguës; cela vient parfaitement à l'appui des expériences et des observations de M. Scoutetten sur l'intensité des liaisons sympathiques entre l'estomac et la méningine cérébrale. Dans aucune des morts survenues à la suite de l'entéro-colite, où nous n'avions vu ni convulsions, ni contractions spasmodiques, ni paralysie, aucune altération n'a été trouvée dans les organes intra-céphaliques.

Dans les cas où du narcotisme et quelques mouvemens musculaires avec du trouble intellectuel ont été observés durant la vie, des lésions intra-crâniennes ont été reconnues. Nous ne notons cette circonstance que parce qu'elle fait ressortir cette immortelle vérité, découverte et proclamée la première par la médecine physiologique, que toutes les fois qu'il existe des troubles fonctionnels, des altérations doivent se présumer dans les organes chargés de remplir ces fonctions, et par contre, que la régularité de la fonction pendant la vie doit faire conclure à l'intégrité de la portion de matière organisée chargée de son accomplissement. Si des exceptions qui, de l'aveu de tous les médecins, deviennent au reste tous les jours plus rares, étaient invoquées contre cette règle générale, il faudrait les expliquer ou par le peu d'exactitude avec laquelle on procède souvent aux ouvertures des cadavres, ou au peu de connaissances anatomico-pathologiques que possède celui qui rend compte des ouvertures, ou enfin par le peu de traces qu'en ne faisant que passer les processus morbides laissent souvent dans les organes.

Jusqu'ici je n'ai donné les signes que des seules phlegmasies aiguës, soit récentes, soit entées sur un état chronique : ceux de la chronicité sont un peu différens, mais non moins caractéristiques.

Les déjections sont peu nombreuses; souvent il n'y en a plus qu'une dans les vingt-quatre heures, mais elles sont

toujours liquides. Dans la plupart des cas, le malade reste long-temps, souvent un jour entier, sans sentir le besoin d'aller, mais alors il fait cinq, six selles de suite, petites, avec ténesmes, mêlées d'excrémens et de glaires. Cependant les forces reviennent, le courage renaît, il se lève de son lit, parcourt les salles; l'appetit est dévorant, le malade rebat sans cesse les oreilles du médecin de ses plaintes sur l'insuffisance de sa nourriture. Les urines passent avec plus d'abondance, mais le teint reste blafard, la peau sèche; au bout de quelques jours d'alimentation, récidive, selles nombreuses, suppression des urines, chute des forces, peau aride, rude au toucher; face d'un jaune sale, paupières œdématiées, lèvres décolorées, progrès du marasme; il se fait souvent encore un ou plusieurs arrêts dans le flux de ventre, mais il revient toujours; enfin les malades s'affaiblissent au point de ne plus pouvoir quitter le lit, ils deviennent extrêmement impressionnables au froid; pour s'en garantir, les uns se blottissent sous leurs couvertures qu'ils retirent sur leur tête; les autres demandent à occuper des places dans le voisinage du poële; dans cet état de choses survient promptement l'infiltration générale; les urines sont complètement supprimées, il n'en passe même pas avec les selles, mais comme celles-ci sont très-liquides, nous en avons vu qui croyaient pisser par l'anus. C'est ainsi qu'ils languissent pendant plusieurs semaines; affaiblis au point de ne pouvoir se redresser sans aide, n'ayant plus assez de souffle pour articuler distinctement leurs paroles, j'en ai rencontrés qui demandaient encore à manger. La mort est douce, elle n'est précédée ni de râle, ni de convulsions.

§ II. *Siége et nature.*—Le siége de l'inflammation est à la fois le gros intestin et le grêle. Nous n'avons ouvert aucun cadavre, (et malheureusement le nombre en a été fort grand) qui n'ait présenté de grands désordres dans

ces deux divisions du tube digestif; il ne s'est pas offert un seul cas où la muqueuse du gros intestin n'ait offert de l'injection sanguine, de l'épaississement, des ulcérations nombreuses, profondes, étendues. Je ne parle pas du sphacèle dont nous avons constaté la présence dans un grand nombre de cas. Or, on sait que des anatomo-pathologistes du premier ordre ont si rarement rencontré des ulcères dans les colites aiguës, qu'alors que de semblables altérations se sont présentées sur les cadavres de ceux qui avaient succombé à la dysenterie aiguë, ils les ont considérées comme accidentelles, tandis qu'ils les ont constamment remarquées et annotées dans les dysenteries chroniques.

Nous avons également remarqué dans la grande majorité des cas la nuance rouge, violette, pourprée, ardoisée de la muqueuse de l'iléon, ramollissement et tuméfaction, saillie, ulcérations des follicules muqueux. Est-il un médecin de nos jours qui, à la vue de semblables désordres, hésitât à proclamer l'existence de l'inflammation?

§ III. *Anatomie pathologique.* — Les détails d'anatomie pathologique se rapportent naturellement à deux chefs : l'examen des organes directement intéressés et celui de leurs annexes. — 1° Pour ce qui est du tube digestif, les altérations constantes sont : la désorganisation de la terminaison de l'intestin iléon; sa tunique muqueuse est toujours partout sensiblement altérée; tantôt la phlogose est rouge, tantôt ardoisée avec ramollissement ou épaississement de son tissu et souvent de toute la paroi intestinale. Dans le gros intestin la muqueuse est dénaturée dans sa presque totalité, ou du moins dans une grande étendue; les follicules muqueux sont tuméfiés et saillans, ayant quelquefois la grosseur d'un grain de millet, d'autres fois celle d'un poil; l'intérieur de l'intestin est tantôt rugueux, tantôt bosselé; sa surface est inégale, grisâtre,

verdâtre, bleuâtre, hérissée de granulations diversicolores, ce qui lui donne un aspect granitique : ailleurs elle est couleur de chair, mamelonnée, bourgeonnée, saignante, sillonnée de gouttières anfractueuses, grisâtres; ailleurs encore, le gros intestin est sphacélé en tout ou en partie, et alors ce sont plutôt les deux portions verticales, mais plus particulièrement la portion descendante du colon et le rectum que la transversale, où la mortification existe; ces parties ainsi mortifiées répandent une odeur pénétrante; un pus sanieux et noirâtre s'en écoule, la couleur de l'intestin est d'un vert foncé, pointillé de blanc et de rouge, mâché, broyé, on dirait d'un mélange de choux verts écrasés avec du pain et de la viande.

Quand le malade succombe à la suite de l'état chronique, toutes les tuniques intestinales sont très-épaisses; les deux internes sont dévorées par de larges ulcères à bords durs et renversés, à fond bleuâtre; l'externe, épaissie, est le seul empêchement à la communication de la cavité intestinale avec l'abdomen; le gros intestin contient des matières noires, pareilles à du marc de café, son intérieur est hérissé de pustules, de larges porreaux, de fongosités étendues : quand on coupe ces productions morbides, on pénètre dans une matière d'un blanc bleuâtre, nette à la coupure et semblable à du blanc d'œuf durci par la chaleur : elle est formée par les tuniques celluleuses devenues squirrheuses et n'offrant, en d'autres cas, qu'une masse ulcérée, cancéreuse, et dans laquelle on chercherait en vain quelques traces de l'organisation primitive. Une seule fois l'intestin était si ramolli dans toute son épaisseur, que la traction avec les mains seules suffisait pour en faire autant de tronçons qu'on le voulait. C'est à la suite de la phlogose chronique et lente que le tissu cellulaire sous-cutané et les cavités séreuses, surtout celle de la poitrine et de l'abdomen contiennent beaucoup de liquide citrin, limpide, collant.

L'appareil cérébro-rachidien n'a presque jamais présenté d'altération ; l'étonnante inertie de la circulation et le refroidissement constant de la périphérie, m'avaient fait soupçonner l'existence d'une lésion de la moelle, mais toutes les recherches à cet égard ont été sans succès.

L'intestin grêle contient des vers morts; dans aucun cadavre on n'en a trouvé plus de trois : ils étaient enveloppés de mucosités épaisses. Le foie est presque toujours altéré, tantôt de couleur ardoisée, et rempli alors de sang poisseux, noir, tantôt jaune et gras ou cendré, grumeux, de couleur de chair lavée et ramollie ; la vésicule est ordinairement fort pleine de bile épaisse, foncée en couleur et incrustant sa couleur aux doigts qui l'avaient touchée ou décomposée, séparée en liquide séreux, limpide et en fond blanchâtre, comme du plâtre mouillé. Nous avons vu une fois la vésicule épaissie criant sous le scalpel et noircie en dedans. La rate a été trouvée en général très-volumineuse et ramollie ; on en a vu qui portaient de nombreuses cicatrices à leur surface, traces incontestables d'inflammations antécédentes guéries.

Les diverses duplicatures de la tunique péritonéale ont très-souvent offert des indices d'inflammation ; l'injection de ses vaisseaux, le ramollissement de sa texture, les granulations couvrant sa surface, la sérosité au fond de laquelle on trouvait des flocons albumineux remplissant sa cavité, n'ont pu laisser de doute à cet égard.

L'appareil sanguin du mésentère a presque toujours été rencontré rempli de sang. Les glandes mésentériques et mésocoliques, ont subi de prodigieuses métamorphoses, tant sous le rapport de la grandeur que sous celui de la consistance.

§ 4. *Pronostic.* — Le pronostic était toujours fâcheux, la sur-sécrétion dont le canal intestinal est le siége et qui détermine un accroissement effrayant de l'absorption in-

terstitielle; les mouvemens désordonnés et convulsifs du plan musculeux que sollicitent les évacuations, appellent sur l'organe affecté toute l'innervation qu'il y dépense rapidement. L'arrêt brusque introduit dans les autres actions vitales, atteint surtout le muscle central de la circulation, dont les mouvemens incertains et incomplets augmentent la langueur et l'inertie de toutes les autres fonctions; la nutrition générale est nulle, ainsi que l'accuse le rapide amaigrissement, le collapsus de la face, la flétrissure de la peau, l'abaissement de la température, je dis *nutrition générale*, parce que l'hypertrophie de l'intestin démontre que là, quoique vicieuse et dénaturée, la nutrition locale a lieu; mais cette surnutrition même est un obstacle irréparable à la conservation de la vie et au retour de la santé. Est-il possible de croire que des désordres pareils à ceux que, sans une seule exception, tous les cadavres nous ont présentés, soient susceptibles de redressement? qu'une aussi profonde désorganisation puisse rentrer dans l'état normal. Voici, au reste, d'après quels faits nous nous sommes guidés pour établir notre pronostic. Dans les cas favorables, la réaction s'établit au bout de quelques heures, la peau se réchauffe, le pouls se ranime et s'élargit, la figure s'épanouit, et dans ce cas, alors même que les selles restent aussi rapprochées et aussi fréquentes, il est permis de concevoir de l'espérance.

La face me paraît un indicateur plus précis, plus sûr, plus fidèle de l'issue que dans aucune autre phlegmasie; il m'a suffi dans le plus grand nombre des cas de dévisager le malade pour connaître exactement le degré du danger. On a vu les selles diminuer de nombre, augmenter de consistance, mais la face restée affaissée et livide, et tous les malades où cela s'observait ont succombé!

Mais il s'en faut que le fait de la réaction seul suffise pour fonder un pronostic heureux : cette réaction n'est très-souvent que passagère et remplacée par le plus profond collapsus. Chez quelques malades, nous avons eu la certitude que la rechute était due à quelques imprudences, en tête desquelles il faut placer le refroidissement (car il s'est montré plus funeste encore que l'ingestion d'alimens); dans d'autres la cause de la rechute nous est restée inconnue. Et ici il faut signaler combien il est difficile dans les hôpitaux militaires et particulièrement dans des momens de foule, de presse et d'encombrement, de suffire avec un infirmier, même instruit, exercé, actif, zélé, (le nombre de ceux-là est infiniment limité), au service de quinze malades, comme le prescrit le règlement, et à cheval sur le texte, l'administration refuse d'excéder cette proportion, ou si elle n'ose pas refuser ouvertement, elle n'a qu'à employer la force d'inertie (1). Pour parvenir

(1) Quoique le service sanitaire belge ne soit pas comme en France une fraction de l'administration militaire, qu'il ne se fonde et ne s'engloutisse pas sans nom, sans existence personnelle dans la machine dite administrative, qu'il constitue un corps dans l'armée, qui a son individualité, son chef et son représentant direct près du ministre de la guerre; que, sous ce rapport là, il ait fait un pas immense vers l'émancipation, il n'est pas encore entièrement libre dans ses mouvemens, et par là même ne peut pas faire tout le bien que l'État doit attendre de ses lumières et de son zèle.

Au nombre des améliorations qu'exige la raison et que le temps prépare, se trouve la subordination exclusive du personnel des infirmiers au personnel sanitaire; en effet, les médecins ne sont pas seulement plus intéressés que tous les autres officiers hospitaliers, à ce que le service d'infirmier se fasse de la manière la plus parfaite possible, mais eux seuls sont juges compétens dans la question de savoir combien il faut d'infirmiers, quels individus conviennent à cet emploi, et de quelle manière il faut les distribuer ou il faut les placer.

Dans une société neuve il suffirait de ce simple énoncé pour que tout le monde se rendît à son évidence; mais chez nous la tradition s'y oppose, et il est si difficile en général de faire sortir les hommes de l'ornière dans laquelle depuis long-temps ils se sont traînés!

à ces fins, combien, dis-je, il est difficile d'empêcher les malades de commettre des imprudences; nous avons rencontré des dysentériques au mois de novembre, égarés, le soir, dans les corridors, n'ayant pour tout vêtement, que leur capotte jetée sur leurs épaules : ils allaient aux latrines ou en revenaient.

Quand avec l'élargissement du pouls et le réchauffement de la peau, coïncidaient la diminution du nombre et l'épaississement des selles, surtout quand en même temps les urines reprenaient leurs cours, il était permis d'annoncer une heureuse issue.

La suspension de la sécrétion urinaire a été dans la dysenterie que je décris un symptôme aussi constant que la fréquence des évacuations. L'humectation et l'assouplissement de la peau étaient de même un excellent signe : assez commune dans les *entéro-colites aiguës*, elle devenait de plus en plus rare à mesure qu'on se rapprochait plus de la chronicité. Nous n'avons pas, malgré l'assertion contraire de Quarin, remarqué plus de danger dans les maladies débutant par des déjections de sang pur que dans celles où elles étaient glaireuses. Celles, au contraire, qui se partageaient en deux parties, une plâtreuse solide, l'autre liquide, semblable à de la lavure de chair, se sont toujours montrées de fort mauvais augure; nous ne pouvons pas souscrire davantage à cette allégation des classiques, que les selles purulentes indiquent une mort prochaine : nous avons recueilli plusieurs exemples du contraire. En voici un : un jeune militaire atteint, à la suite d'écart de régime et d'exposition au froid, d'une rechute d'*entéro-colite aiguë*, rendit plusieurs fois pendant trente jours qu'il resta en traitement de copieuses selles, blanches à la sortie, au fond desquelles se réunissait au bout de quelques heures, un pus crêmeux, homogène, lié. Il était réduit à un grand état de maigreur, mais

avec des ménagemens, la diète et le salep opiacé, il s'est parfaitement guéri.

Un mauvais signe, c'est la persistance de la liquidité des selles; elles ont beau diminuer de fréquence, si elles continuent à la longue à être claires, elles indiquent toujours l'altération de la muqueuse intestinale et présagent le marasme ou l'hydropisie. Si à cette liquidité se joint la répétition rapprochée des déjections, après une suspension plus ou moins longue, il est à prévoir qu'une portion de la terminaison de l'intestin est profondément désorganisée; nous avons fréquemment remarqué cette circonstance chez ceux dont les cadavres présentaient dans l'S romaine du colon ces bourrelets circulaires ulcérés que nous avons décrits. Le pronostic se règle spécialement encore d'après les complications qui surviennent pendant le cours de la phlegmasie entéro-colite. Disons quelques mots de celles que nous avons le plus communément observées.

§ V. *Complications et théorie de leur enchaînement.* Le péritonite en est une, elle m'a paru résulter le plus généralement de la propagation de l'inflammation de la tunique interne à celles qui la recouvrent de manière à intéresser toute l'épaisseur du tube digestif; quand elle se déclarait d'une manière prompte, elle s'accompagnait de dureté, de tension et de douleur du ventre. Nous l'avons vu souvent circonscrite, ne s'étendant pas au-dessus de l'ombilic; d'autres fois elle envahissait toute la surface péritonéale, elle était alors accompagnée d'une altération toute particulière des traits de la face, d'angoisse extrême et de vomissement. Dans les premiers cas, elle se laissait maîtriser; dans le second elle menaçait promptement la vie, et la mort n'arrivait qu'après d'intolérables douleurs. L'accumulation des liquides, soit dans les cavités séreuses, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané a compliqué pres-

que toutes les dysenteries longues et qui duraient longtemps sous forme chronique. Toutes ne m'ont cependant pas paru devoir être attribuées à la même altération organique, et comme la reconnaissance exacte des causes me paraît donner lieu à différentes indications thérapeutiques, j'y ai porté une attention toute particulière. Voici sommairement quels ont été les résultats de mes études et de mes recherches.

Elles peuvent être attribuées à cinq ordres de causes qui agissent tantôt simultanément, tantôt isolément. 1° La plus constante me paraît être la diminution de l'action sécrétoire de la peau. En effet la surface tégumentaire soutient, avec la muqueuse du gros intestin, des rapports tels que l'augmentation d'un côté entraîne une diminution relative de l'autre. — Sans avoir été expliqué par le père de la médecine, ce fait avait déjà été reconnu par lui et généralisé dans cet aphorisme : *Alvus liquida, cutis sicca.* Or, dans la dysenterie, la peau se sèche, se refroidit, se flétrit; les excrétions sudorales s'arrêtent, et la matière excrémentitielle qui devait être éliminée du corps par cet émonctoire demeure retenue. L'arrêt qu'éprouve cette fonction donne une activité plus grande aux exhalations du tissu cellulaire sous-cutané, les absorbans ne peuvent reprendre au fur et à mesure du dépôt, la vapeur séreuse se condense, se liquéfie, et l'œdème est produit. Dans d'autres cas, la brusque suspension des sécrétions à accomplir par la périphérie externe fait prédominer l'action exhalante dans les séreuses et donne naissance aux collections aqueuses dans leurs cavités.

2.° Une autre cause, moins constante peut-être, mais quand elle existe, non moins puissante, d'hydropisie, c'est l'obstacle qu'apporte au retour du sang et de la lymphe l'engorgement du système vasculaire de l'abdomen, suite nécessaire de la phlogose chronique des parois in-

testinales. En effet, comment la veine-porte pourrait-elle suffire à ramener dans le torrent circulatoire les liquides que lui apportent différens ordres de vaisseaux absorbans, quand celui que les tissus phlegmasiés lui versent la tient dans un état de congestion permanente?

3.° L'affaiblissement de la contractilité de l'appareil locomoteur, dont on sait que le concours contribue puissamment à la circulation centripète, et qui accompagne toujours les phlogoses viscérales chroniques, favorise aussi le ralentissement des progrès du sang veineux et de la lymphe, par conséquent l'apparition des hydropisies.

4.° Il en est de même de l'inertie des mouvemens du muscle central de la circulation, car si la progression des liquides dans le système vasculaire centripète n'est pas entièrement et immédiatement dépendante de l'impulsion communiquée à ce liquide par le ventricule gauche du cœur, elle l'est au moins indirectement, et par une action médiate. D'ailleurs le retour du sang vers le cœur s'exerce plus spécialement encore par la force aspirante des cavités droites. — Or, dès que, frappé d'atonie, le ventricule gauche n'imprime plus au sang qu'une faible propulsion, qui diminue encore à mesure qu'on l'observe à une distance plus éloignée de son moteur, et que le droit n'agit de même qu'avec langueur sur le sang envoyé dans l'artère pulmonaire, de manière que l'oreillette ne se vidant pas complètement ne peut plus faire office de ventouse, il s'ensuit que la double action, dont le cœur est chargé dans sa fonction circulatoire, savoir celle de fouler et d'aspirer, n'est plus remplie que fort imparfaitement, d'où résulte indubitablement la stase du sang veineux et de la lymphe, et l'accumulation de celui-ci dans le tissu aréolaire et les cavités séreuses.

5.° Une cinquième cause d'hydropisie à la suite des inflammations de la muqueuse des intestins, c'est l'exten-

sion de ce travail phlegmasique aux séreuses de l'abdomen. Les épanchemens qui en résultent sont actifs, opérés par l'augmentation de l'action des exhalans ; quand ces phlogoses sont aiguës, il est facile de les reconnaître. Se déclarent-elles sous forme chronique, le diagnostic est plus obscur, il ne se tire alors que de cette circonstance, que, dans les péritonites, il y a toujours un peu de douleur et de rénitence avant l'épanchement, et que celui-ci précède l'infiltration des extrémités inférieures, tandis que dans les accumulations passives le contraire a lieu. — Les collections liquides provenant des phlegmasies séreuses accidentelles contractées, par exemple, à la suite de l'impression du froid, ne compliquaient pas l'état du malade d'une manière aussi fâcheuse que celles qui provenaient de la propagation du travail phlogistique ou d'un obstacle à la circulation. Plus ces dernières étaient multipliées, plus aussi le danger augmentait. Nous avons vu des cadavres où toutes les cavités viscérales contenaient de l'eau. L'hydropisie du péricarde a été reconnue et annoncée pendant la vie ; la rareté, la faiblesse et l'irrégularité des battemens, et la mollesse de la percussion éprouvée par les parois thorachiques, étaient les symptômes sur lesquels ce diagnostic était appuyé.

Les sub-inflammations pulmonaires sont venues souvent se surajouter à l'entéro-colite chronique, et l'issue de cette complication a toujours été mortelle. Les signes de cet état morbide sont trop connus des médecins pour qu'il ne soit pas superflu de s'y arrêter. Je suis persuadé que l'exposition répétée au froid, nécessitée surtout pendant la nuit par la fréquence des déjections, a souvent été la cause des catarrhes bronchiques dont tant de dysentériques ont été atteints. J'ai souvent insisté près de l'administration de la guerre sur l'opportunité d'augmenter les fournitures de corps pour les malades dans les hôpitaux,

de camisoles de laine. En faisant cette proposition, je n'avais pas, à la vérité, des dysentériques en vue : je ne pensais qu'à ceux dont les organes respiratoires sont morbidement surexcités; mais j'en sens plus que jamais la nécessité depuis que l'épidémie dont je viens d'être témoin m'a démontré à quel point l'impression du froid est nuisible à ceux qui sont atteints d'une entéro-colite.

L'apparition de phlegmasies sur différentes parties du corps ou de douleurs musculo-articulaires a été une circonstance rare dans les faits soumis à notre observation, ce qu'il faut attribuer en grande partie à ce que nous avons vu peu de dysenteries nouvelles, et que, par la durée de la maladie, les sympathies avaient beaucoup perdu de leur activité. Mais lorsque ces métastases se sont présentées, elles ont été, en général, critiques, et ont amené une heureuse solution.—Il n'en est pas de même des ecchymoses; partout où nous les avons vues, elles ont été du plus mauvais augure, et si elles n'ont pas toujours annoncé la mort, elles ont au moins présagé une longue et opiniâtre phlogose.

On a très-fréquemment observé aussi la coexistence de l'entéro-colite chronique et des fièvres d'accès sous plusieurs types, mais le plus ordinairement quartes. Les sujets chez lesquels cette complication se rencontrait avaient une tendance toute particulière à s'infiltrer, et c'est dans l'abondance et l'opiniâtreté de ces collections, dans la rapidité de leur accumulation et la nature des troubles organiques qui en étaient la conséquence que le pronostic se puisait, plutôt que dans la présence de la fièvre intermittente.

Une dernière complication qu'il me faut signaler, c'est celle de la nostalgie. Il est peu de sujets atteints de dysenterie chronique chez lesquels elle ne soit survenue à un degré plus ou moins élevé. La longueur de leur séjour

à l'hôpital, la sévérité des privations auxquelles ils y étaient soumis, le décès de plusieurs de leurs camarades avec lesquels ils y étaient entrés, répandaient dans leur âme un profond découragement et réveillait incessamment en eux le souvenir de leurs parens et le désir de retourner près d'eux. Cette complication était d'autant plus affligeante pour le médecin qu'elle prenait sa source dans une situation qu'il savait d'avance être désespérée, et dont par conséquent la satisfaction des désirs du malade ne pouvait tout au plus que reculer l'issue fatale; y accéder, c'était l'envoyer mourir dans ses foyers, où il n'avait peut-être ni lit, ni moyens pécuniaires pour se procurer une nourriture saine, ni médecin, ni médicamens; les retenir à l'hôpital, c'est ajouter à leurs douleurs physiques celles qui proviennent d'une imagination tourmentée de terreurs et de désirs.

Dans les cas désespérés j'ai cru devoir cependant opter, dans l'intérêt du malade, pour l'hôpital où je savais que tous les soins réclamés par son état lui seraient pleinement rendus, en même temps que mes promesses calmeraient ses peines morales. J'ai eu lieu d'être satisfait de ma résolution, car d'une part j'ai enlevé à la malveillance, toujours active, jusqu'au prétexte de répandre qu'on éloignait de l'hôpital militaire des individus contagiés, au risque de porter dans les campagnes la désolation et la mort; de l'autre, j'ai vu les malades reconnaissans de nos soins, et, confians à leur avenir, conserver jusqu'à leur dernière heure le contentement et l'espoir.

§ VI. *Causes.*—Il est facile d'attribuer la cause de toutes les maladies à une modification inconnue de l'atmosphère, à des altérations dans la composition chimique de l'air, qu'aucun eudiomètre n'a pu constater, et dont aucun signe sensible n'a du reste démontré l'existence; mais indépendamment de ce qu'une pareille allégation est purement

gratuite, qu'on ne peut administrer à son appui la moindre preuve, elle a d'ailleurs l'immense inconvénient de ne fournir aucune indication ni prophylactique ni thérapeutique. En effet, comment se dérober à l'influence des causes qu'on reconnaît agir incessamment sur nous d'une manière inappréciable; quelle indication puiser dans l'admission d'un modificateur dont la nature et par conséquent le mode d'action sur l'économie sont un secret pour nous (1).

(1) Je suis loin de contester la puissance des variations de l'atmosphère sur les êtres organisés soumis à son action. Ce n'est pas à un médecin militaire qui, depuis vingt-quatre ans, exerce dans les hôpitaux et a parcouru à la suite de nombreuses armées le nord et le midi de l'Europe, que le pouvoir de l'influence des diverses températures et des climats peut être resté inconnu.

L'effet du froid et de la chaleur, et le plus ou moins d'énergie que communique à ces agens la présence ou l'absence de l'humidité, sont des faits faciles à constater, et tous les livres de physiologie s'accordent sur ce point. Le rôle qu'ils jouent dans la production des maladies a été de même étudié et connu; à cet égard aussi il n'y a pas de dissentiment dans les Écoles. Nous possédons des instrumens à l'aide desquels différentes conditions physiques de l'atmosphère sont rendues sensibles; leur existence n'a rien de problématique, leurs effets rien de douteux, rien de contesté.

Il n'en est déjà plus de même des influences électriques ou magnétiques; nous savons bien que l'électricité favorise quelques opérations organiques, la germination, par exemple, parce que les temps d'orage font promptement germer les semences; la physique possède un instrument à l'aide duquel on reconnaît la quantité, la nature, le degré de tension du fluide électrique dans l'atmosphère; mais cet instrument ne peut jamais devenir d'un usage commun, et ses résultats sont restés jusqu'à ce jour sans aucune application à la physiologie animale.

Que dire maintenant des altérations des propriétés chimiques de l'air, quand nous ne savons même pas à quel état de combinaison s'y rencontrent les différens gaz qui le constituent, quoique ses élémens proportionnels soient connus? Quel sens attacher à ces phrases sonores, mais malheureusement vides, de *modification de l'air, altération de l'atmosphère*, quand elles ne se rapportent plus à ces variations physiques, dont, ainsi que nous le disons plus haut, les effets sont appréciables et le mode d'action connu?

Je ne blâme pas les médecins qui en invoquent l'intercession. Ils agissent, j'en suis sûr, par des motifs réfléchis et désintéressés; ils peuvent s'appuyer, je le sais, sur l'autorité des anciens qui, dans chaque épidémie, admettaient l'existence d'une divinité, un *quid divinum*, τὸ θεῖον, qui devait se charger de l'explication de tout ce que les phénomènes de la maladie laissaient d'obscur pour l'observateur, tant dans leur origine que dans leur forme.

Je ne pense pas cependant que l'épidémie dysentérique que je viens d'être appelé à traiter, présente des circonstances telles qu'on ne puisse en rendre compte sans recourir aux *Dieux inconnus.*

Elle est née dans un camp formé au mois d'octobre, en grande partie de jeunes soldats nouveaux dans la vie militaire, servant à contre-cœur, et poursuivis sans cesse par la crainte d'une guerre acharnée et meurtrière. Pour celui qui connaît la vie des camps, qui sait combien sont étroites les baraques comparativement à leur population; combien est actif le service partagé entre les gardes, les exercices, les manœuvres, les corvées; combien peu peuvent être observés, en pareilles circonstances, les soins de propreté si nécessaires au maintien de la santé du soldat, et à quel point il est difficile de lui faire délivrer des alimens de premier choix; qui ajoute à ces conditions celle de la succession des nuits longues et froides à des jours encore chauds, de nombreux écarts de régime, les affections tristes de l'âme, les souvenirs de famille, les inquiétudes pour l'avenir, toutes circonstances dont l'expérience a constaté l'influence directe sur le tube digestif, et tout particulièrement sur sa portion inférieure; il n'y a pas à chercher ailleurs et dans des agens insaisissables surtout, la cause de la dysenterie qui a régné au camp de Diest, et qui s'est répandue de là dans les hôpitaux de Louvain, de Namur, et peut-être ailleurs.

Je reconnais que pour moi il y a déjà une réunion de plus de causes qu'il n'en faut à ma conviction pour en expliquer naturellement l'étiologie. De quelque puissance cependant que je les croie douées, je pense qu'il a fallu le concours de l'accumulation subite de beaucoup de malades dans les hôpitaux et de l'encombrement de ceux-ci par des arrivées soudaines, disproportionnées à leur étendue, pour les douer du degré d'activité nécessaire à la propagation de la maladie, et lui donner, par l'envahissement simultané d'un grand nombre d'individus, le caractère épidémique.

J'ignore ce qui depuis quelques années a pu jeter tant de défaveur sur la notion de contagion. Je sais que de prétendus philanthropes, plus riches, à mon sens, de zèle que de lumières, ont sollicité, supplié les médecins de ne pas articuler le mot de contagion, de peur de répandre la terreur parmi les populations, de semer partout la défiance et de frapper de stupeur l'activité publique. Mais qu'a-t-il donc de si épouvantable le mot de contagion? Sur quoi est fondé l'effroi qu'on prétend qu'il inspire? Posons les faits : Une maladie englobe un grand nombre d'individus, passe de ville en ville, de maison en maison; un médecin en infère que la maladie est contagieuse. Sur le champ il est mis au ban de la société, parce que, dit-on, il en trouble la tranquillité et en détend les ressorts. Un autre arrive et déclare que la maladie est épidémique, qu'elle tient à des altérations inconnues de l'atmosphère, et celui-là trouve faveur. Il n'est ni alarmiste ni perturbateur du repos public. Etrange et douloureux effet des préoccupations. Quoi! celui qui vient dire au peuple : la maladie qui règne chez vos voisins et y exerce d'affreux ravages, ne pénétrera chez vous qu'autant que vous le voudrez, qu'autant que par une coupable négligence, une criminelle collusion, vous permettrez une communication entre

vous et les endroits infectés. Il ne tient qu'à vous, à votre volonté seule de vous en garantir à tout jamais. Cette détermination ne pourra s'accomplir, j'en conviens, sans quelques sacrifices; les intérêts de plusieurs en pâtiront; votre commerce, votre industrie en souffriront; mais ces pertes, que sont-elles en comparaison de celles que vous réserve l'introduction d'une maladie qui dévaste les contrées limitrophes et dont, à l'aide de la séquestration dont je vous prêche la nécessité, il ne dépend que de vous de préserver vos foyers. Quoi! dis-je, celui-là sera considéré comme alarmiste et mauvais citoyen, tandis que celui qui représente la maladie comme dérivant d'une altération inconnue de l'air, à laquelle personne ne peut se soustraire, dont il faut subir l'action, et endurer les effets comme d'une aveugle, rigoureuse et inévitable nécessité, qu'il faut bien, par conséquent, laisser arriver, agir, s'étendre et s'éteindre quand et comme bon lui semblera, jouira de la faveur publique, sera applaudi par l'opinion, rémunéré par l'administration, recommandé par sa résolution et son courage! Certes, je me trompe fort, ou ce qu'il est de mode depuis quelques jours d'exalter et de prôner si haut est tout bonnement le fatalisme, qu'on blâme chez les Turcs.

J'ai foi à la médecine, et beaucoup, parce que chaque jour j'en reconnais la puissance; mais celle qui prévient les maladies m'est plus chère encore que celle qui les guérit.

Quoi qu'il en soit, la question qui se présente ici n'est pas *la dysenterie est-elle contagieuse?* car, proposée ainsi d'une manière générale, je la crois insoluble. Des faits pertinens constatent d'une part, que souvent la dysenterie se transmet; d'autres établissent qu'en d'autres circonstances elle ne s'est pas communiquée; il n'y a qu'un moyen de concilier cette apparente contradic-

tion; heureusement il est simple, et c'est de définir le mot *contagion*. En effet, et cette remarque est ici à sa place, la véritable *contagion*, quoi que dans la bouche de tous les médecins, n'a pas encore en médecine une accception convenue pour tous. Il semblerait toutefois qu'il fût grand temps de mettre fin à cette incertitude; si par *contagion* on ne veut indiquer que les seules maladies transmissibles par un attouchement *direct* de l'individu sain avec l'individu malade, ou avec des vêtemens qu'il a portés ou d'autres objets qui ont servi à son usage, je pense qu'il serait prématuré encore, d'après les faits connus, de ranger la dysenterie dans leur nombre; mais si la notion *contagion* doit s'étendre également à celles qui se propagent à l'aide des émanations morbides fournies par le corps malade et les miasmes ou effluves qui s'en élèvent, alors je ne crois pas qu'il puisse y avoir de doute sur sa propriété contagieuse.

On a, je le sais, introduit dernièrement dans le langage médical en France une épithète spéciale pour ces dernières; mais cette innovation me semble peu heureuse, non seulement parce que n'ayant pas été adoptée par tous les médecins, et spécialement ceux des autres pays, il doit laisser du vague et de la confusion dans les discussions relatives à cette matière, mais encore parce qu'il introduit une distraction plutôt formelle que réelle, et dont je ne vois pas l'utilité pour la prophylaxie ni pour la thérapeutique. Je me suis déjà expliqué sur ce point (voyez *Recherches sur l'Ophthalmie*, par Fallot et Varlez, Bruxelles, 1829); et dans tout ce que j'ai vu et lu depuis cette époque, je ne trouve aucun motif de changer d'opinion. Quoi qu'il en soit, si le mot *d'infection* doit remplacer celui de *contagion miasmatique*, le dysentérique constitue selon moi un foyer d'infection. Si les rayons qui s'en échappent ne produisent pas toujours chez ceux qui

en sont frappés une maladie semblable à celle dont ils émanent, c'est que, dans ces cas, ils ne sont pas suffisamment concentrés, qu'ils ne pénètrent pas assez avant ou qu'ils ne sont pas absorbés faute de rencontrer une organisation prédisposée; car c'est une loi qui règle la transmission de toutes les maladies susceptibles de se communiquer d'un individu à un autre, *concentration suffisante du principe morbifère, disposition propre à en subir l'influence chez celui qui est exposé à son action.* Tout ce qui tend à disperser sa concentration ou à amoindrir la capacité d'en ressentir l'influence, énerve son action et entrave ses progrès. Voilà pourquoi la multiplication des foyers d'infection est si dangereuse en répandant de toutes parts et dans tous les sens des miasmes qui, par leur accumulation se condensant et se fortifiant, font éprouver à la fin leurs effets délétères à ceux qui avaient d'abord échappé à leur action, et frappent bientôt tout ce qui se rencontre dans leur sphère d'activité. Ne pouvant pas s'opposer à l'élaboration de ces miasmes inséparables de la maladie dont ils sont un produit nécessaire, la tâche du médecin est d'en diminuer la puissance, d'en disperser les forces afin d'en garantir ceux qu'elle menace de ses coups, et c'est ce qui constitue la prophylaxie. Nous allons consacrer quelques lignes à l'exposition de celle dont nous avons fait usage.

§ VII. *Prophylaxie.* — Les moyens prophylactiques ont consisté à espacer le plus possible les malades, à répartir les dysentériques dans toutes les salles de l'hôpital, persuadé que la ressource la plus puissante que possède la médecine contre l'extension de la contagion appelée miasmatique par les écoles, c'est la dispersion de ces miasmes; à placer en évaporation constante du chlorure de chaux en pâte dans des tinettes à large surface, à aérer et ventiler les chambres autant que c'était conciliable avec

le danger qui serait résulté pour les dysentériques d'un abaissement brusque de température, à éloigner soudain des salles toutes les matières excrémentitielles. Ce n'est pas que je pense qu'elles sont le véhicule de la contagion, c'est tout gratuitement et en désespoir de cause que cette opinion a été émise par les anti-contagionistes; mais parce que les particules putrides, odorantes, qui s'en exhalent, se répandent dans l'air qu'ils vicient et rendent impropre à l'acte de la respiration. Le lavage des vases de nuit avec le chlorure liquide, et, aussitôt que la diminution des malades l'a permis, le rebattage des matelats et le blanchissage de leur toile et de celle des paillasses avec le chlorure ont complété ces mesures. Voilà pour les moyens physiques. Les moraux n'ont pas été, peut-être, moins utiles. Je persuadais aisément aux infirmiers, aussi bien qu'aux malades qu'épouvantaient les nombreuses morts dont ils étaient les témoins, que le contact des dysentériques n'avait rien de dangereux, en restant long-temps près du lit de chacun, explorant avec un soin minutieux tous leurs organes, inspectant leurs excrétions, et dictant sur le champ les notes relatives à leur état. A l'appréhension qu'aurait pu faire naître la perte d'un de leurs camarades, j'opposais l'espoir dont ils avaient droit de se nourrir en voyant tant d'autres échapper à des dangers plus grands que ceux qu'ils courraient eux-mêmes. Je faisais valoir hautement les fautes de régime, les imprudences que les victimes avaient commises, et m'en servais comme d'un motif d'agir avec plus de précaution et de docilité. Dans les phlogoses aiguës des autres viscères, le trouble de la raison dispense en général les médecins de pareils soins; mais ici elle restait intacte jusqu'à la fin; et quand tout espoir était perdu chez nous, encore fallait-il en faire luire aux yeux de ces infortunés, et faute de pouvoir prolonger leur existence, leur en rendre les derniers momens moins

douloureux et moins pénibles. C'est à quoi nous parvenions en écoutant toutes leurs doléances, en nous montrant affectueux, empressés, infatigables près d'eux, et ayant jusque pour leurs caprices tous les égards conciliables avec l'intérêt de leur situation.

§ 8. *Traitement.*— En commençant ce chapitre nous sommes forcés de reconnaître que chez plusieurs de nos malades, aucun moyen ne nous a réussi. Ce furent surtout les premières dysenteries arrivées de Louvain, qui se jouèrent avec la plus désespérante pertinacité de tous nos efforts pour arrêter leurs progrès et prévenir leur issue funeste. Les mêmes remèdes, qui plus tard nous rendirent de si importans services, administrés de la même manière, se montrèrent impuissans, et j'en fus réduit à dire avec Stoll : *Dysenterias quasdam nullum huc usquecognitum remedium sanabat*, et à rester pour ainsi dire spectateur oisif des ravages de la maladie. A l'intérieur, aucun médicament n'était supporté. L'opium excitait de prompts et douloureux vomissemens et une soif ardente. L'ingestion des boissons, quelqu'elles fussent, était incontinent suivie de contractions convulsives du gros intestin avec épreintes douloureuses et l'expression de quelques gouttes d'un liquide sanglant. J'avais recours aux boissons chaudes et aux ventouses, aux sinapismes, aux vésicatoires, aux frictions cutanées ammoniacales, camphrées, sur la colonne vertébrale sans pouvoir rétablir la circulation expirante, ramener ni réaction, ni chaleur dans des corps passés déjà, si j'ose m'exprimer ainsi, à l'état de cadavre pendant la vie, ni calmer des souffrances que l'état d'intégrité des facultés sensoriales et intellectuelles ne servait qu'à rendre plus intolérables.

Heureusement cet état des choses ne fut pas de longue durée : on a remarqué souvent qu'à l'invasion les épidé-

mies sont plus meurtrières que lorsqu'elles ont déjà régné quelque temps. Ce fait, signalé à plusieurs reprises, a été diversement expliqué. Les uns l'ont attribué à ce qu'à son apparition, la nature de l'épidémie n'était pas bien connue des médecins, qu'il fallait un certain temps à ceux-ci pour se familiariser avec elle et démêler par quel ordre de moyens elle pouvait être le plus efficacement combattue.

Cette explication, toutefois, était bien loin d'être satisfaisante pour tous les cas, puisqu'on voyait des maladies épidémiques céder aisément pendant leur cours aux mêmes moyens à l'action desquels elle s'était montrée réfractaire pendant leur origine. Il existe une autre explication plus conforme à l'expérience et découlant naturellement de la saine théorie : c'est que les maladies épidémiques faisant brusquement irruption chez un grand nombre d'hommes, en attaquent tout d'abord, et de préférence, beaucoup dont la santé est altérée ou par les excès ou par de longues maladies, ou qui, soumis depuis long-temps à l'influence des causes débilitantes, ne peuvent tenir tête à la violence du processus morbide et en tombent les premières et inévitables victimes. Ceux, au contraire, dont la constitution est meilleure, qui sont doués d'une résistance vitale plus puissante, ne subissent pas aussi promptement son action, et atteints plus tard, luttent contre elle avec plus d'avantage.

La première et la plus importante indication à remplir dans le traitement des entéro-colites aiguës, celle dont la négligence rendrait l'accomplissement de toutes les autres infructueuses, c'est de soustraire autant que possible l'organe malade à toute espèce d'excitation, de soumettre par conséquent le malade à la plus rigoureuse diète. Cette indication, si précise à la fois et si simple, n'est pas aussi facile à remplir dans toute son étendue

qu'on le croirait facilement : en effet, les besoins incessans que le malade éprouve et qui partent d'un estomac libre d'inflammation et appellant la stimulation alimentaire dont il a contracté une si longue et si douce habitude, le sentiment de défaillance qui en est la suite et qu'il semble au malade qu'un peu d'alimens ferait incontinent cesser, ne permettent pas toujours au médecin de persévérer dans une rigoureuse abstinence. On a recours alors aux féculens, aux gommeux; mais la stimulation exercée par ces substances sur la muqueuse stomacale n'est souvent pas suffisante pour que s'effectue l'acte de leur digestion; alors renvois nidoreux et aigres, pesanteur d'estomac, profond mécontentement; peu ou point assimilés, ces alimens franchissent le pylore, descendent le tube digestif, et arrivés en contact avec la zône phlegmasiée, ils sont tumultueusement éliminés du corps au milieu des épreintes les plus fatigantes et de nombreuses déjections.

J'ai essayé souvent alors quelques cuillerées de vin, mais avec des effets tellement variables, que je ne puis en recommander généralement l'emploi. On conçoit du reste aisément que l'excitation produite en pareil cas par les alcoholiques sur la surface sensible de l'estomac, réfléchie vers le cerveau et irradiée par lui dans les muscles de la locomotion, doive faire cesser, au moins pendant un temps, le besoin d'alimens, et faire renaître le sentiment de la force; mais la sympathie entre l'estomac et le colon est si étroite et si active, que cette stimulation, quoique ne donnant aucun résidu stercoral, produit souvent les plus douloureuses contractions du gros intestin.

Dans le peu d'entéro-colites nouvelles qu'il nous a été donné de traiter, la force vitale n'a pas été aussi brusquement enrayée, l'irritation du cœur aussi complètement détruite que dans celles qui nous sont arrivées d'ailleurs;

aussi, quoique plus d'une d'entr'elles ait débuté par l'affaissement des traits de la face, l'enfoncement des yeux, la lividité de la peau, le refroidissement des extrémités, la disparition du pouls, la réaction vasculaire momentanément comprimée n'a pas tardé à se rétablir et les signes de l'inflammation à se dessiner franchement. C'est dans cette circonstance que les émissions sanguines locales, même répétées, ont produit de bons effets. Les premières observations relatées plus haut, peuvent être consultées à cet égard. C'est bien à tort qu'on fait un précepte général de ne pas soustraire du sang dans les phlegmasies anciennes; il en est souvent, parmi celles qu'on appelle chroniques, certaines dont les progrès désorganisateurs ne peuvent être arrêtés que par des émisions sanguines. Ce n'est pas d'après le temps de leur existence, mais selon le plus ou moins de sympathies qu'elles provoquent qu'on peut juger de leur nature, conclure à leur degré de chronicité et déterminer la médication la plus rationnelle.

Les cataplasmes émolliens, les fomentations tièdes, les bains de corps répétés plusieurs fois par jour et continués pendant plusieurs heures à la température de 28°, employés après les saignées ou de concert avec elles, convenaient dans les mêmes cas; nous les avons prescrits aussi dans les dysenteries chroniques avec l'intention de rappeler la chaleur à la peau et exciter la circulation, mais sans succès constans ou durables. Quand les lavemens étaient supportés, qu'ils n'irritaient pas le pourtour de l'anus, et n'étaient pas rejetés immédiatement après leur injection (circonstance qui n'avait lieu que trop fréquemment), on en administrait des demi plusieurs fois dans la journée.

Ces moyens se montraient-ils impuissans, nous avions tout de suite recours à l'opium, et c'est de tous les agens thérapeutiques le seul qui nous ait rendu des secours prompts

et fidèles; aussi l'avons-nous de conviction proclamé avec Frank le *summum remedium.*

Il n'a pas pas pu parvenir à guérir tous les malades, mais il y en a peu qui ne lui aient été redevables de soulagement à leurs souffrances. Mais que de précautions à prendre dans son administration ! quelle différence dans les doses d'après le plus ou moins d'irritabilité des organes digestifs ! Rarement nous lui avons vu produire le narcotisme; mais chez un grand nombre il a excité des nausées et des cardialgies, des vomissemens. Si dans quelques-uns de ces cas le rougissement de la langue a pu faire présumer l'échauffement de l'estomac, dans d'autres la langue reste pâle, décolorée. Il est une remarque intéressante à faire, c'est que tous les auteurs qui ont écrit sur la dysenterie s'accordent à donner des éloges à l'opium. C'est le seul remède qui réunisse tous les suffrages, au milieu de cette foule d'autres qui ne jouissent que d'une confiance isolée. C'est à tort qu'on prétendait, comme je l'ai entendu faire par des ultra-sceptiques en médecine, que ce n'est pas plus à lui qu'aux gommeux ou aqueux, qu'on lui donne comme véhicule ou auxiliaires, qu'il faut attribuer le succès; j'ai vu un grand nombre de fois (les occasions étaient journalières et trop belles pour ne pas en tirer parti) les déjections alvines continues, fréquentes et liquides, malgré l'emploi du salep ou toute autre décoction mucilagineuse, et revenir à leur nombre et consistance normaux après l'addition de quelques gouttes de teinture; la suspension de l'emploi de l'opium être marquée par le retour et la liquidité des selles, et ces symptômes se dissiper après un nouveau recours à son emploi.

Nous l'avons administré en mixture, en lavement, en cataplasmes, en frictions; des nombreuses préparations, sous lesquelles l'opium existe dans les pharmacies, c'est l'extrait aqueux et la teinture simple qui nous ont le mieux

réussi. Du premier nous donnions d'un à trois grains dans les 24 heures, en solution dans de l'eau de gomme édulcorée; le dernier était prescrit depuis 10 gouttes jusqu'à ℥i dans ℥viij de décoction de salep.

Comme les déjections étaient toujours plus fréquentes pendant la nuit, c'était à son approche que nous en augmentions la dose, que par contre on diminuait pendant le jour. Les sels de morphine, la décoction des têtes de pavots indigènes se sont montrées inférieures en vertu aux préparations indiquées ci-dessus. Nos lavemens se composaient de ℥iij à iv de mucilage ou de fécule avec addition de 5 à 10 gouttes de teinture. Nous formions nos cataplasmes avec parties égales de farine de graine de lin et de têtes de pavots, ou nous arrosions les cataplasmes émolliens de teinture d'opium. Nos frictions étaient composées d'huile ou d'onguent mercuriel en combinaison avec cette même teinture. Ces frictions mercurielles nous ont fréquemment été utiles dans les péritonites partielles.

A mesure que l'inflammation baissait, que des déjections devenaient moins douloureuses et moins fréquentes, nous diminuions proportionnellement la dose du narcotique.

Nous n'avons pas à nous applaudir, dans l'entéro-colite, de la poudre de Dower, quoique nous l'ayons beaucoup employée surtout dans les commencemens. L'ipécacuanha à dose vomitive ne nous a été utile qu'une seule fois. Il s'agissait d'un homme d'un tempérament mou et lymphatique, tourmenté de nausées continuelles, vomissemens de matière jaune et amère, et se sentant soulagé après chaque vomissement. Après l'administration de l'ipécacuanha, les tranchées, les ténesmes et les déjections diminuèrent beaucoup; cependant il fallut recourir à l'opium pour les appaiser complètement; et la convalescence qui s'ensuivit fut longue et interrompue par de fréquentes rechutes.

Si quelquefois nous avons dépassé les doses énoncées, c'est en désespoir de cause, quand nous voyions continuer la diarrhée et les autres accidens. Nous nous soumettions alors à cet ancien adage : *Satius est experiri anceps remedium quam nullum*, adage pour lequel, malgré son antiquité et sa respectable origine, nous n'avons plus la même vénération qu'autrefois. Souvent au lit du malade, quand le cercle des médications rationnelles a été parcouru sans succès, et qu'on recommande l'essai de moyens empiriques, que nous jugeons téméraires par cela seul que leurs effets ne peuvent être calculés, nous remplaçons l'adage précédent par cette autre maxime que nous croyons plus sage, plus conforme aux vœux de la raison et de l'humanité : *Il vaut mieux laisser mourir le malade que de le faire mourir.*

Les astringens, dans l'acception qu'y donnent les pharmacologistes, ne se sont jamais montrés utiles qu'en combinaison avec l'opium, et encore dans les cas les plus décidément chroniques ; la poudre de la racine d'arnica, tant vantée par les auteurs allemands contre les anciennes diarrhées, n'a de même exercé quelqu'influence que lorsque l'opium y était mêlé. J'ai mis en usage le columbo, le ratanhia, le sulfate d'alumine ; j'y ai quelquefois eu recours quand tout symptôme d'inflammation gastrique était dissipé, et je n'en n'ai retiré aucun avantage ; souvent j'en ai vu résulter de la cardialgie, de la sécheresse à la bouche et l'augmentation du flux du ventre.

Il n'en n'a pas été de même des féculens ; le riz, le salep, le pain, l'orge, la gomme arabique : dans beaucoup de cas où les préparations opiacées n'étaient pas supportées, leurs décoctions seules modéraient la douleur, tempéraient le cours du ventre et préparaient l'estomac à recevoir l'opium.

En un mot, partout où la méthode dite antiphlogis-

tique n'a pu être employée ou n'a pas suffi à la guérison, les féeules et les opiacés ont seuls fait les frais du traitement; et là où ils n'ont pas eu de succès, tous les autres médicamens prônés par les auteurs se sont montrés inefficaces ou nuisibles.

Dans celles des dysenteries chroniques dont nous avons été assez heureux pour atteindre la guérison, nous avons insisté long-temps sur l'opium administré à doses progressivement décroissantes, et nous ne l'avons abandonné complètement qu'après que la régularisation des évacuations, le retour de la coloration, des forces et de l'embonpoint nous avait attesté le rétablissement des actions digestives.

Les complications ont exigé des modifications dans le traitement. Voici en quoi elles ont principalement consisté. Dans les cas de péritonite, on a fait les émissions sanguines ou par des sangsues, ou plus souvent par une ou plusieurs ventouses scarifiées. On a ensuite appliqué des cataplasmes et frictionné le ventre avec un liniment mercuriel opiacé. Cette modification a eu plus d'une fois les suites les plus promptes et les plus heureuses. Elle a de même réussi dans les ascites aiguës, en même temps qu'après l'épaississement du flux de ventre, on administrait à l'intérieur le sur-tartrate de potasse soluble. Aux hydropisies passives résultant de la suppression des sécrétions cutanées, nous avons opposé avec un succès remarquable par sa constance, un mélange, par parties égales, d'extrait de chiendent ou de sureau et d'acétate d'ammoniaque (une once de chaque dans six onces d'eau pour les 24 heures). Des observations faites avec soin m'autorisent à conclure que c'est à cette dernière substance (l'acétate d'ammoniaque) surtout que l'effet salutaire du mélange était dû. L'augmentation des urines influait de la manière la plus marquée sur la quantité et la nature des

selles. Plus la sécrétion de l'urine était active, moins par contre les déjections étaient nombreuses et plus leurs matières étaient épaisses. Pour exciter l'action des reins, j'ai fait quelquefois usage du vin et du vinaigre scillitiques en frictions; mais je ne les ai pas trouvés d'une grande efficacité. Les frictions sèches aromatiques employées seules n'ont déployé aucune vertu. Le bandage expulsif appliqué sur les extrémités inférieures a beaucoup abrégé le traitement des œdèmes, quand d'ailleurs les urines coulaient.

Quand après l'évacuation des eaux le teint restait blême et l'hématose languissante, sans que l'existence d'une phlogose chronique rendît compte de cet état, nous nous sommes bien trouvés du sulfate de fer combiné à une faible quantité d'opium (un grain du premier avec un quart de grain d'extrait du second, de deux à quatre fois par jour). Quand une fièvre intermittente venait compliquer l'entéro-colite chronique, nous la traitions comme si elle avait existé seule; trois à quatre grains de sulfate de quinine étaient donnés une demi-heure avant l'invasion de l'accès, et dans la très-grande majorité des cas cet accès était prévenu; cela n'empêchait pas la continuation des féculens unis aux opiacés. La plupart des dysentériques qui déjà avaient été attaqués auparavant des fièvres intermittentes en ont éprouvé des rechutes.

§ IX. *Convalescence.* — Dans les dysenteries nouvelles et aiguës, promptement enlevées par les émissions sanguines et autres moyens antiphlogistiques, les convalescences ont été courtes, solides; deux à trois jours suffisaient pour les rétablir.

Il n'en a pas été de même dans les dysenteries anciennes récidivées ou passées à l'état chronique. Là les convalescences ont été longues, incertaines, troublées par des accidens nombreux et traversées du jour au lendemain par des rechutes imprévues. Elles étaient d'autant plus

difficiles à conduire que les malades étaient moins dociles aux bons conseils, ne se doutaient pas du péril auquel ils s'exposaient en mangeant à leur appétit, se permettant des mets indigestes ou affrontant le froid et l'humidité. Il n'est pas de maladie où les écarts de régime, et en général la violation des lois de l'hygiène, aient des effets plus funestes pour les convalescences que celle-ci, et il n'en est pas où le besoin de l'alimentation, l'appétence pour une nourriture stimulante soient plus impérieux. On persuade difficilement à des gens que la faim dévore, qu'ils doivent, pour se guérir, s'abstenir de manger : ventre affamé n'a pas d'oreilles. — Cependant, pour le médecin qui ouvre les cadavres et apprécie l'étendue et la profondeur des lésions dont ils offrent le tableau, la nécessité d'une sévère diète, long-temps et persévéramment suivie, doit être abondamment prouvée, et son observance placée en tête des indications. Les temps sont loin de nous où une maladie était une entité, un être hostile seulement à la vitalité et étranger à l'organisation, pouvant être éloigné, dompté, anéanti par des moyens spécifiques : aujourd'hui une maladie est un *organe malade*, c'est-à-dire une partie du corps tellement altérée dans sa texture qu'elle ne peut plus remplir convenablement ses fonctions, car les fonctions dérivent aussi directement de la texture ou arrangement des molécules du corps vivant, que les mouvemens d'une machine de sa construction. On sait combien les dysenteries chroniques sont funestes. Les estimables auteurs de l'art. *Dysenterie* du grand Dictionnaire des sciences médicales l'évaluent à 90 pour 100 dans les hôpitaux.

D'après ce que je viens de voir, la proportion ne me paraît pas exagérée. Je le redis encore, un désordre pareil à celui dont les cadavres des dysentériques à l'état chro-

nique ont présenté le spectacle ne me semble pas susceptible de redressement ou de réparation.

Pour guérir la maladie parvenue à ce degré, l'art du médecin (il faut l'avouer) est impuissant; aussi tous ses efforts doivent tendre à empêcher qu'elle n'y parvienne.

ÉTAT des dysentériques traités dans la première division des fiévreux à l'hôpital militaire de Namur, depuis le 19 octobre 1831 jusqu'au 10 janvier 1832.

ENTRÉE EN TRAITEMENT.		SORTIS			Restans.	*Observations.*
		guéris.	convalescens.	morts.		
Evacués de Louvain le 19 octobre......	36	16	4	16		
Evacués de Louvain le 3 novembre.....	52	40	4	5		
Venus de la garnison.	9	7	1	1		
Ayant contracté la dysenterie étant en traitement à l'hôpital pour d'autres maladies..............	10	5	1	4	3	
		68	10	26	3	
TOTAL.....	107	107				

Examen d'un nouvel appareil imaginé par M. Gresely, pour guérir les fractures du col du fémur et du corps de cet os (1); avec une revue des autres appareils proposés dans ces derniers temps et qui méritent le plus de fixer l'attention, dans le traitement des fractures simples ou compliquées des membres inférieurs; par M. VELPEAU, *chirurgien de la Pitié.*

Les fractures du col du fémur sont tellement difficiles à guérir sans difformité, qu'il est encore permis de chercher à perfectionner les moyens de traitement qu'on leur oppose habituellement. L'appareil que M. Gresely vient de faire connaître, et sur lequel l'académie a porté un jugement favorable, ayant été mis plusieurs fois à l'épreuve sous mes yeux, j'ai dû chercher à en apprécier la valeur relative. Conduit de cette façon à voir dans l'histoire de l'art quels sont les autres moyens qui s'en approchent le plus, ou qu'on a imaginés pour atteindre le même but, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de les rappeler brièvement ici; d'autant mieux que la plupart d'entr'eux sont à peine connus de la majeure partie des praticiens.

Cet appareil se compose, 1° d'une large ceinture en cuir, bien garnie, bien rembourrée, qu'on place autour de l'abdomen et des hanches, pour la fixer en avant à l'aide de lanières et de boucles, qui porte deux longs sous-cuisses à une égale distance qu'on arrête de la même manière, et de chaque côté des rubans, aussi en cuir, destinés à la fixer, les deux plus élevés aux colonnes supérieures du lit, les

(1) Mémoire in-8.° de 55 pages avec planches. Chez Béchet jeune, libraire, et chez l'Auteur, rue Notre-Dame-Bonne-Nouvelle, N.° 2. Paris, 1832.

deux autres sur les bords du bois de la couchette; 2° d'une guêtre, garnie et disposée comme la ceinture; 3° d'une tige métallique, longue de deux pieds, et coudée à angle droit; 4° d'un cylindre ou de plaques élastiques, à la manière des bretelles ou des jarretières; 5° de diverses compresses et de quelques bandes, comme pièces accessoires.

L'application en est on ne peut plus facile. Le malade étant couché horisontalement sur un lit égal et un peu dur, le chirurgien pose la ceinture, en abaisse les sous-cuisses, garnis de compresses, sous l'ischion, et les relève ensuite pour les fixer au-devant et un peu en dehors de l'aine; attache ensuite les lanières supérieures, soit par un nœud, soit par l'intermède de boucle ou de toute autre manière, à la hauteur du plan qui porte le bassin, et termine en arrêtant les courroies inférieures ou latérales un peu plus bas que la hanche. Il est bon du reste, que cette ceinture ne porte pas à nu sur la peau, et qu'un bandage de corps ou une serviette pliée en trois l'en sépare.

Vient ensuite le tour de la guêtre, qu'on glisse du talon vers le mollet, à cause de l'épais sous-pied qui en fixe les deux bords inférieurs et parce qu'elle se ferme en avant avec des lanières et des boucles. Pour qu'elle ne touche pas non plus immédiatement les parties, on enveloppe préalablement le pied et le bas de la jambe d'un bandage roulé. On attache l'extrémité supérieure de l'élastique au sous-pied de la bottine, puis on s'occupe de fixer le grand arc de fer verticalement au pied du lit, vis-à-vis du membre malade, soit avec des clous, soit avec des cordes. On opère enfin la coaptation, après quoi l'extension est maintenue par l'élastique, dont l'extrémité inférieure est nouée en dernière analyse sur la tige métallique. Le sommet de cette tige, en se prolongeant horisontalement en avant, sert de crochet suspenseur à deux

cordons de cuir, qui, partant de l'extrémité métatarsienne de la guêtre, ont pour but d'empêcher toute déviation du pied, soit en dehors, soit en dedans.

De tous les appareils à extension continue, celui-ci est, sans contredit, le plus simple. Avec l'attelle de Desault, le pied, tiré de côté, tend nécessairement à se dévier, et le bandage de corps qui doit, avec les sous-cuisses, soutenir la contre-extension, comprime souvent l'hypogastre au point de ne pas pouvoir être supporté. Le bandage de M. Boyer conserve à peu près les mêmes défauts. En prolongeant l'attelle de Desault jusqu'au creux de l'aisselle, où il la termine par un large croissant, M. Physick (Dorsey, *Elemens of Surgery*, tom. I, page 200, pl. VIII), ne la rend guère moins incommode, et la plaque transversale qu'il fixe inférieurement entre elle et l'atelle interne, à la manière de M. Josse, d'Amiens, (celui-ci rejette l'atelle interne (*Arch.*, t. XVIII), afin que l'extension soit parallèle à l'axe du membre, fait que l'ischion reçoit une trop forte pression.

Ces inconvéniens n'existent pas dans l'appareil de M. Gresely. La courbe de fer, qui maintient la pointe du pied parfaitement droite, sans le moindre effort et sans la moindre difficulté, offre, en outre, l'avantage de soutenir les couvertures et de rendre toute espèce de cerceaux inutiles. La puissance extensive agit toujours dans l'axe de l'os brisé, et peut être augmentée ou diminuée chaque jour en resserrant ou en relâchant à volonté les cordons qui fixent l'élastique à la tige métallique. La ceinture n'ayant pas besoin d'être serrée, les sous-cuisses étant bien garnis, les bandes de cuir supérieures correspondant à la racine des sous-cuisses, et les courroies n'ayant d'autre but que de maîtriser les mouvemens du bassin, la contre-extension est peu fatigante pour l'ischion, et nulle compression n'est exercée sur l'abdomen ni sur la poitrine. A ces premiers avantages sur les

attelles de Desault, de MM. Physick et Boyer, il faut en ajouter un autre infiniment plus précieux, c'est que le membre, qu'on peut laisser dégarni de coussins, de fanons, d'attelles, de bandes, reste complètement libre, et permet au chirurgien de voir chaque fois qu'il le désire, si la coaptation ne s'est pas dérangée ; d'appliquer sur la fracture, des sangsues, des cataplasmes ou tout autre topique jugé convenable.

Ce n'est point encore cependant à cela que M. Gresely attache le plus d'importance. Le point qui, suivant lui, mérite surtout de fixer l'attention, est la pièce extensive de son bandage, appareil que deux jarretières pliées en trois pourraient constituer faute de mieux. L'élasticité de cette pièce étant permanente, n'a pas besoin d'une grande force pour vaincre l'action des muscles qui est intermittente. L'extension qui en résulte est des plus douces. Si elle céde un instant, elle reprend bientôt le dessus. Elle peut être continuée presqu'indéfiniment en produisant le moins de fatigues possible à la différence de l'extension fixe, elle ne cesse point par le moindre dérangement de l'appareil.

Voulant savoir jusqu'à quel point la pratique justifierait la théorie sur ces divers points, je priai M. Gresely de surveiller l'application de son bandage à l'hôpital Saint-Antoine, en 1830, sur deux malades. L'un, homme âgé de 50 à 60 ans, replet, fort et bien musclé, avait une fracture au col femoral depuis quatre jours seulement; l'autre, âgé de 35 ans, s'était brisé la partie moyenne du fémur dans le lieu même où cet os avait déjà été fracturé trois mois auparavant. Tous les deux ont supporté l'appareil sans se plaindre, et sont guéris sans raccourcissement notable. Toutefois, une escarre qui s'est manifesté au pied du premier quelque temps après que j'eus cessé le service de l'hôpital, a fait naître des symptômes d'érysipèle et causé beaucoup de suppuration; mais c'est un ac-

cident qu'il faut évidemment attribuer à la guètre, qui était inégale, dure, mal garnie, et qu'on n'avait d'abord employée que pour se donner le temps d'en confectionner une autre.

Depuis lors j'ai soumis trois femmes à l'action du même bandage, à la Pitié. La première, âgée de 71 ans, est guérie sans racourcissement appréciable. Chez la deuxième, âgée de 63 ans seulement, il ne fut placé que le dix-huitième jour de l'accident. Le membre est d'un demi-pouce environ plus court que l'autre. Je ne l'ai appliqué que le vingt-deuxième jour chez la troisième qui est âgée de 68 ans et quoique l'extension n'ait jamais été portée très-loin, ni bien soigneusement surveillée, le membre n'offre que quelques lignes de raccourcissement. Bien que plusieurs auteurs aient eu l'idée de l'extension permanente sans l'intermède d'attelles, aucun cependant ne l'avait aussi nettement posée que M. Gresely. Dans la double poulie, ou le *polyspaste* de Heister (1), ce sont des cordes au lieu d'élastiques, qui fixent le pied au bas du lit, et rien ne s'oppose à la rotation du membre. L'appareil usité dans les hôpitaux de Lyon et que M. Ramadier (2) a figuré dans sa thèse, est beaucoup plus ingénieux. Un coussin étroit et long placé dans la rainure ischiatique et embrassé par une large bande dont les chefs vont se fixer à l'une des quenouilles supérieures du lit, sont chargés de la contr'extension. L'extension est opérée par un cercle elliptique en acier, doué d'une grande élasticité, croisé dans son petit diamètre par un curseur gradué, qui le dépasse de quelques lignes. Ce cercle est retenu à l'extérieur du pied du lit par une barre de bois placée en travers, et fixé au membre à l'aide d'un crochet, sur

(1) *Instit, chirurg.*, t. I.er, p. 206, pl. 8.
(2) Paris, 21 août 1829.

l'anse plantaire d'une bande extensive qui va jusqu'au genou, et qu'un bandage roulé, étendu des orteils au tiers inférieur de la cuisse, maintient solidement. Enfin, un treuil renfermé dans une boîte armée d'une roue à cliquet et d'une chaîne qui tient au crochet extenseur en même temps qu'au contour de l'ellipse, et qu'on fait mouvoir à l'aide d'une clé, sert à graduer l'extension.

On retrouve ici le même mécanisme que dans l'appareil de M. Gresely, mais avec moins de simplicité dans la puissance extensive, moins de sûreté et plus de fatigue dans la contr'extension, avec la nécessité d'envelopper toute la jambe d'une double bande qui peut se déranger, de pourvoir à la déviation du pied et de recourir au cerceau pour soutenir les couvertures du lit.

Celui auquel M. Colette (1) rapporte plusieurs succès se compose essentiellement d'une ceinture contre-extensive exactement semblable à celle de M. Gresely, et d'une guêtre pour l'extension qui prend également son point fixe sur le pied du lit; mais cet appareil, qui n'est en définitive qu'une imitation du premier, n'a point de quoi soutenir la pointe du pied et se trouve dépourvu de pièces élastiques dans la puissance extensive. Il résulte, si je ne me trompe, de cette comparaison, que de tous les appareils à extension continue employés jusqu'ici, celui de M. Gresely est le moins imparfait. On peut d'ailleurs le simplifier et le perfectionner encore. Un bandage de corps et des lanières de toile forte pourraient à la rigueur remplacer la ceinture et ses annexes. Une guêtre ordinaire, garnie d'étoupes, de linge ou de charpie, tiendrait aisément lieu de la guêtre rembourrée dont j'ai parlé. Une barre du lit, puis une tige de bois fixée horizontalement, un pied plus haut, rendraient inutile

(1) Thèse. *Paris*, 18 janvier 1830.

l'arc suspenseur. Si l'élastique ne paraissait pas offrir assez de sûreté, rien n'empêcherait de lui substituer l'extension fixe, c'est-à-dire de simples cordes, des bouts de bandes ou des lanières de cuir qu'on attacherait de la même manière. Il y aurait alors de l'avantage, ainsi que l'indique déjà M. Colette, à porter une partie de la puissance extensive sur le quart inférieur de la cuisse, au moyen d'un cercle garni de deux courroies ou de deux chaînes qui viendraient également se fixer au pied du lit. Il serait aussi bon de placer un bandage roulé sur toute la longueur du membre, afin d'en favoriser la circulation et d'en prévenir l'engorgement, puis de le poser sur des coussins tellement élevés que les échancrures du jarret et du tendon d'Achille fussent exactement remplies.

La position demi-fléchie, telle que l'entendait Pott, n'est point ou que très-difficilement applicable aux fractures du fémur, et le succès qu'en avait obtenu Ravaton avant l'auteur anglais ne concerne qu'une fracture de jambe. La pile de coussins disposés en dos d'âne ou en double plan incliné à la manière de M. Dupuytren ne convient qu'aux personnes raisonnables et tranquilles. Elle cède, se relâche, comprime avec force la face postérieure du membre, et n'exerce que très-incomplètement l'extension. La planche coudée à angle et matelassée, de M. Bell, quoiqu'un peu plus commode et plus solide, n'en est pas moins entachée des mêmes inconvéniens. Les attelles suspensives de M. Sauter, de Constance, qu'on attache au ciel du lit avec des cordes qu'on alonge ou qu'on raccourcit à volonté, ainsi que nous les avons essayées, en 1826, à l'hôpital de perfectionnement, d'après M. Mayor, de Lausanne (1), et sur lesquelles on place le membre demi-fléchi, comme sur une table, sont plus favorables à l'ex-

(1) Voy. l'*Hyponartéchie* de cet auteur, *Paris*, 1827.

tension, peut-être, et mettent les malades plus à l'aise; mais elles compriment fortement la région postérieure de la jambe, rendent difficile l'arrangement des couvertures, et nuisent à la consolidation par leur mobilité. Le double plan proposé par M. Miquel d'Amboise (1), semblable à celui de Bell, si ce n'est que l'auteur s'est efforcé de le transformer en un appareil à extension fixe qu'on peut augmenter ou diminuer sans rien changer, en même temps qu'il permet de conserver la position demi-fléchie, fatigue peut être encore plus le jarret et l'articulation du genou. Enfin celui que M. Cordival (2), ancien chirurgien militaire, dit avoir souvent mis à l'épreuve, et qui n'est autre que la planche de Bell transformée en boëte, puis garnie à son extrémité fessière d'un prolongement à coulisse qu'on fait mouvoir à l'aide d'une vis pour l'alonger ou la racourcir afin de graduer à la fois l'extension et la contre extension, selon les besoins, n'expose pas moins à la compression du jarret et du mollet que celui de M. Miquel. Le plan incliné, de l'ischion jusqu'au talon, de manière que le pied fixé par l'intermède d'une bottine pour l'extension permette au poids du tronc d'effectuer la contre-extension, est un appareil semblable à celui que M. Richerand applique depuis long-temps aux fractures de la rotule, et que M. Gibson substitue à l'attelle de Desault, mais qui offre encore moins de fixité que les coussins de M. Dupuytren (3). Ensorte que tous ces genres d'appareils, quoiqu'ingénieux, ont en réalité moins d'avantage encore que le bandage de M. Grésely, et que, sous ce rapport, l'extension continue offre en général plus de ressources que la position demi-fléchie. On aurait tort cependant d'accorder à cet appareil une confiance illimitée. Son action élastique, bonne pour

(1) Thèse. *Paris*, 1821.
(2) Thèse. *Paris*, 11 février 1830.
(3) Randolph. *Philadelphie*, 1823.

triompher à la longue de la contractilité volontaire des muscles, ne surmonte pas aussi facilement leur contractilité organique. Portée au degré convenable, l'extension réagira souvent d'une manière fatigante sur le pied et le bas de la jambe. La contre-extension est susceptible de se relâcher, de glisser et d'excorier les parties. Enfin, quelque soin qu'on y apporte, le membre restera un peu plus court que l'autre dans la très-grande majorité des cas. Bien que chez la première malade, traitée en 1825 par l'auteur, il n'en ait rien été, on peut dire néanmoins que, par son emploi, ces inconvéniens sont moins marqués que de toute autre manière, et qu'il convient aux diverses sortes de fractures de la cuisse ou de la jambe, au moins aussi bien qu'à celles du col du fémur.

Les fractures compliquées en font surtout ressortir le prix. Nul doute que le danger des ruptures du fémur, par arme à feu, ne fût moindre s'il était possible de tenir le membre immobile, et les fragmens de l'os dans leurs rapports naturels, sans gêner en rien les pansemens nécessaires. L'attelle de Desault, en pareil cas, et ses nombreuses modifications ne donnent plus la moindre sécurité dès qu'il convient d'appliquer des sangsues, des cataplasmes, de pratiquer des incisions, d'extraire des esquilles, des restes de projectiles, de songer aux contre-ouvertures pour donner issue au pus ou autres fluides épanchés, en un mot de remédier aux accidens locaux qui ne se manifestent alors que trop souvent.

Quoique meilleure, la position demi-fléchie ne remplit non plus qu'imparfaitement l'indication. La pression qu'exercent les coussins contre la région postérieure de la cuisse favorise plus qu'on ne croit l'engorgement des tissus voisins. La position du membre fait ici, comme d'après la méthode de M. Gibson, que les fluides tendent continuellement à se porter vers les hanches, qu'ils stagnent

presque nécessairement au fond des plaies et amènent ainsi les fusées purulentes, la dénudation de l'os, l'érysipèle, la résorption, la phlébite, etc. On conçoit cependant que sans appareil, le moindre mouvement ne manquera pas, en déplaçant à chaque instant les bouts de l'os, d'irriter sans cesse des parties déjà trop disposées à s'enflammer, à supurer.

Les chirurgiens militaires ont si bien senti l'insuffisance des bandages connus, qu'ils en ont, à plusieurs reprises, conseillé de tout à fait spéciaux pour les cas de fractures des membres inférieurs compliqués de plaies. L'excellente thèse de M. Haime de Tours (1) en relate déjà plusieurs. Celui de M. Renaud (2) se compose de deux attelles échancrées vis-à-vis de la plaie, et que des traverses tiennent fortement écartées; mais il est d'une extrême complication et ne convient après tout qu'aux fractures de la jambe. Un bandage roulé au-dessus et au-dessous de la blessure, des attelles garnies, placées par-dessus, dans l'intervalle des plaies, en nombre variable, suivant que l'indication le requiert, comme M. Pierron le conseille (3) et dit l'avoir fait plusieurs fois avec succès aux armées, ne s'appliquerait point au tiers supérieur de la cuisse et n'obvierait d'ailleurs qu'à la mobilité des fragmens. Les attelles de M. Renaud, que M. Mordret (4) fixe sur le bassin et dispose de telle sorte qu'à l'aide d'une semelle solide, soumise à l'action d'une vis de rappel, on opère une extension et une contre-extension suffisantes pour prévenir tout chevauchement, n'atteignent également le but que dans un petit nombre de circonstances. Un appareil qui a de l'analogie avec celui de M. Pierron, et dont son inventeur,

(1) Thèse sur les fractures comminutives des membres. *Paris*, 18 juilllet 1816.

(2) *Traité de Chirurg.* Paris, 1812.

(3) Thèse. *Paris*, 1814.

(4) Thèse. *Paris*, 1815.

M. Lassis, obtint un très-beau succès, en 1830, sur un blessé de juillet, aurait sur lui quelques avantages (1). Les coussins, dans cet appareil, et les faux fanons sont interrompus vis-à-vis de la fracture. Les attelles, disposées comme à l'ordinaire, laissent la plaie à découvert et permettent d'en renouveler le pansement aussi souvent qu'on le désire sans rien déranger. Un morceau de toile cirée qu'on glisse entre elles, la tête des coussins et le membre, de manière à pouvoir en renverser les bords comme ceux d'une compresse de Scultet qu'on déploie, et à constituer une sorte de sac en dessous, reçoit la charpie, le pus, les liquides de toutes espèces qui s'écoulent de la plaie ou qu'on emploie à la nétoyer, protége le lit ainsi que le bandage, et peut être changée ou renouvelée aussi fréquemment qu'il parait nécessaire; mais la compression qui en résulte au-dessus et au-dessous de la blessure, l'absence d'une extension convenable, la gêne que causent les attelles et les coussins, malgré la simplicité de leur mécanisme, empêcherait probablement de généraliser un semblable moyen, qui perdrait en outre une grande partie de ses avantages s'il était transporté au tiers pelvien du membre.

L'appareil de M. Greselý montre ici toute sa supériorité. Les pièces chargées de l'extension et de la contre-extension n'ayant besoin d'aucun intermède, les coussins, les attelles leurs sont entièrement inutiles. Le membre, maintenu dans sa rectitude et dans sa longueur naturelle, se trouve exactement dans les mêmes conditions sous ce rapport que s'il n'y avait point de fracture. Rien n'empêche de le couvrir de cataplasmes, de sangsues, de scarifications, d'aller à la recherche de tous les corps étrangers qu'il convient d'extraire, de poursuivre le pus partout où il se montre, de combattre l'inflammation avec telle médication qu'on voudra, de comprimer sur un point ou sur

(1) *Gazette médicale.*

un autre, d'appliquer le bandage à dix huit chefs, où le bandage de Scultet, de remplir enfin toutes les indications à mesure qu'elles se présentent, avec la plus entière liberté, sur quelque point que le mal existe. Si, pour une raison quelconque, le chirurgien jugeait à propos de garnir le bandage à bandelettes, de coussins, de faux fanons, où d'attelles, soit sur la cuisse seulement, soit sur toute l'étendue du membre, rien ne s'y opposerait.

Ces différentes pièces étant indépendantes de l'appareil principal, les pansemens ne s'en feraient pas moins avec toute la facilité possible, particularité qu'on ne retrouve dans aucun autre bandage avec la même perfection et qui serait comme on le sait, d'un avantage incontestable dans une infinité de circonstances. Qu'on ait par exemple à traiter une fracture non consolidée du fémur par le séton, le frottement ou l'excision du sommet des fragmens, et le besoin de panser chaque jour la plaie, sans déranger, même momentanément l'immobilité et l'extension des membres, rendra aussitôt la ressource dont il s'agit on ne peut plus précieuse.

A la jambe, les fractures obliques et complètes ne réclament guère moins d'attention. Un des appareils extensifs les plus ingénieux qui leur ait été appliqué, est celui du docteur James Hutchinson. Un large collier, soit en cuir rembourré, soit en linge, est d'abord fixé au-dessous du genou, et, par le moyen de rubans latéraux passés dans les mortaises supérieure des atelles, sert de point fixe à la contre extension. Ces deux attelles sont larges, d'égales longueurs, et s'étendent du genou jusqu'à 6 ou 8 pouces au-dessous du pied. Une traverse qu'on engage dans leurs mortaises inférieures, et qui les tient écartées, reçoit l'extension, qu'un mouchoir de soie passé autour des malléoles et croisé sur le coude-pied, est chargé d'opérer. Enfin on ajoute à ces pièces essentielles, les objets propres à

remplir chaque indication particulière ou qui peuvent avoir besoin d'être renouvellés avant la fin du traitement (1). Ces attelles, qui se rapprochent du moyen imaginé par M. Mordret, ont l'avantage de permettre la flexion du membre et suffisent pour les fractures simples, mais elles ne laissent qu'une partie de la jambe à découvert et offrent, sous tous les rapports, beaucoup moins de sécurité, dès qu'il y a plaie, ou qu'il est utile de renouveller plusieurs fois le pansement sans déranger l'extension ni l'immobilité des parties.

Un autre appareil fondé sur le même principe que le précédent, appareil que j'ai vu en 1831, chez M. Th. Léger, qui l'a imaginé, est tellement construit qu'une fois placé, il permettrait volontiers au malade de marcher, s'il le fallait absolument. En fer, écarté par des traverses brisées vis-à-vis du genou, ses attelles, fixées par des rubans ou des goussets et des mortaises au-dessus et au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale, se terminent de telle façon inférieurement qu'il serait facile de les transformer en une sorte de pied, capable d'appuyer sur le sol. Elles donnent toute sécurité pour l'extension et la contre extension. Leur étroitesse fait qu'elle ne gêne que très peu pour le pansement; mais, quoique l'auteur l'ait employé une fois avec succès, cet appareil est tellement compliqué, serait tellement dispendieux et d'un poids si considérable, qu'il n'y a réellement pas à s'en occuper; d'autant moins que celui de M. Gresely en remplit toutes les indications avec les mêmes avantages sans en avoir les inconvéniens.

Ainsi je crois que, sans être à l'abri de tout reproche, le bandage de M. Gresely mérite la préférence sur tous les autres bandages à extension continue, usités jusqu'ici

(1) Dorsey, *Elemens of Surgery*, etc.

dans les fractures du col du fémur. Il prévient la rotation du membre, avec bien plus de certitude encore que le procédé de M. Hagendorn, qui consiste à comprendre dans un même bandage roulé, et le membre sain et le membre malade, séparés seulement par un long coussin. Résistant autant que possible au raccourcissement, l'utilité n'en peut-être contestée que dans les cas de rupture trop rapprochée de la tête de l'os, sur un point totalement dépouvu de tissu fibreux; mais alors il en est de même de tous les autres appareils, car si, comme le prétend M. Cooper, la fracture, dans ce cas, n'est pas susceptible de consolidation, il n'y a qu'à laisser marcher le malade, ainsi que je l'ai fait une fois sans inconvéniens, et lui permettre de faire de son membre ce qu'il pourra. A la cuisse, à la jambe, il ne s'oppose nullement à l'emploi des compresses, des coussins, d'atelles appropriées. Lorsque la fracture est accompagnée de plaie ou de quelqu'autres accidens locaux, il n'en est aucun qui puisse lui être comparé. Enfin, si on y trouvait quelques avantages, il serait facile aussi de le combiner avec la position demi fléchie, soit de M. Dupuytren, soit de M. Bell, soit de M. Miquel, soit de M. Cordival et mieux encore de M. Gibson.

Mémoire sur l'emploi du sous-carbonate de fer dans le traitement des douleurs d'estomac chez les femmes; par MM. Trousseau, *agrégé de la Faculté de Médecine, médecin du Bureau central, etc., etc.; et* Bonnet, *interne à l'Hôtel Dieu.*

Il est des médicamens dont l'utilité est établie par des observations si nombreuses et si concluantes qu'ils se conservent dans la pratique médicale, au milieu de toutes les variations que le temps, l'esprit de nouveauté, et les théories impriment à la thérapeutique. De ce nombre

est le fer employé dans le traitement de la chlorose; peut-être ce médicament et le quinquina sont-ils les seuls que les médecins physiologistes osassent, il y a quelques années, associer aux antiphlogistiques, et bien qu'ils en fissent précéder l'emploi par des saignées répétées, bien qu'ils ne l'administrassent qu'avec cette timidité que la crainte de l'irritation leur inspirait pour tous les excitans; ils en avaient obtenu des effets assez avantageux pour que les résultats de leur pratique confirmant celle des anciens, l'utilité du fer dans le traitement de la chlorose fût un des faits thérapeutiques les plus incontestables. Dans un tel état de choses, il était naturel de rechercher si l'étude des modifications qu'éprouvent les différens organes guéris par les ferrugineux, ne pourrait pas conduire à un emploi plus général de ces préparations; or, on voyait disparaître avec l'anémie générale, les douleurs d'estomac, les appétits désordonnés et tous les vices de la digestion et de la menstruation qui accompagnent presque constamment la chlorose; d'un autre côté, on savait qu'il existait une autre période de la maladie dans laquelle la gastralgie et tous les symptômes locaux qui l'accompagnent existaient seuls, ou du moins sans lésions dans l'hématose. Que devrait-il arriver si, dans cette période, les préparations martiales étaient employées contre la gastralgie? On devait espérer la guérison, car un médicament qui peut détruire un mal lorsque celui-ci est ancien et qu'il a produit le trouble de toutes les fonctions de l'organisme, peut sans doute avoir le même effet lorsque la maladie est récente et que la santé générale n'a souffert aucune atteinte. C'est ainsi que l'on se trouva conduit à rechercher les signes des gastralgies qui précèdent la chlorose, et à se servir de préparations ferrugineuses dans leur traitement. Les résultats que nous obtînmes, dans des essais suivis pendant plusieurs années, confirmèrent

la justesse de ces inductions. Dès lors, on devait rechercher s'il n'existait point d'autres affections qui pussent être guéries par un médicament jusque-là si utile dans la grande majorité des cas : l'occasion ne tarda pas à se présenter, nous pûmes souvent observer chez des personnes bien constituées, fortes et même douées d'un tempérament sanguin, des symptômes exactement semblables à ceux des gastralgies qui précèdent ou accompagnent la chlorose, et nous pensâmes que dans ces cas, les préparations ferrugineuses pourraient encore donner des résultats avantageux, quelle que fût la différence de susceptibilité; cette idée, quoique moins logique que la première, nous engagea à faire des essais thérapeutiques pour éclairer cette question. Dans quelques-unes de ces gastralgies, la guérison put être obtenue quoiqu'avec lenteur et avec difficulté; dans d'autres, l'emploi des martiaux fut suivi d'un insuccès complet, ou ne fut utile que lorsque le fer fut associé à d'autres agens thérapeutiques. Quel que fût au reste le résultat, nous eûmes l'occasion d'étudier avec soin les effets du fer, de préciser les cas où son emploi pourrait être utile, ceux où il échoue seul, où il doit être combiné à d'autres médications; ce sont les résultats de nos recherches sur ce sujet que nous nous proposons d'exposer dans ce mémoire.

Nous aurions pu nous borner à faire connaître ces recherches thérapeutiques, sans entrer dans la description de la maladie qui les a nécessitées, mais comme l'étude de cette maladie est négligée par la plupart des médecins, nous décrirons la gastralgie d'une manière générale, nous bornant toutefois à celle qu'on observe chez les femmes, et négligeant celle des hommes qui n'a point fait le sujet de nos recherches. Nous pourrions suivre dans cet exposé l'ouvrage de M. Barras qui nous semble avoir indiqué des caractères très-précis pour distinguer les affections nerveuses

des maladies inflammatoires du tube digestif. Cependant, comme cet auteur n'a point fait connaître les modifications concomitantes qu'éprouvent le cœur et l'encéphale, qu'il n'a point suivi par conséquent l'ordre de succession de ces différens troubles fonctionnels, qu'il n'a point fait une étude spéciale des gastralgies chez les femmes, nous serons obligés d'ajouter quelques développemens à ses descriptions.

Symptômes de la gastralgie. Influence qu'elle exerce sur différentes fonctions; causes qui peuvent la produire. — Les gastralgies des femmes peuvent se développer primitivement ou succéder à d'autres maladies; dans tous les cas elles ne sont point continues au début; ce n'est qu'à des intervalles de deux, trois ou quatre jours qu'elles se renouvellent; plus tard les accès sont plus rapprochés et se reproduisent tous les jours et même plusieurs fois dans l'espace de vingt-quatre heures; l'ingestion des alimens est la cause la plus fréquente de leur retour. Si ces alimens sont au nombre de ceux qui fatiguent le plus les malades, les souffrances pourront suivre immédiatement leur ingestion; mais dans la grande majorité des cas, le temps qui s'écoule entre le repas et le retour de la douleur est au moins de deux à trois heures. La sensation que la malade éprouve est tantôt celle d'un poids à la région épigastrique, tantôt ce sont des tiraillemens qui simulent une faim violente, tantôt des crampes, des chaleurs qu'elle rapporte à la même région; c'est dans cette partie que la douleur est le plus souvent bornée, mais elle peut s'étendre aux parties environnantes, et elle se fait sentir presque toujours derrière le sternum et dans le dos à la hauteur de l'estomac. Les douleurs s'accompagnent le plus ordinairement d'un sentiment d'oppression qui se décèle par de profondes inspirations, par des baillemens, et par le besoin de desserrer les vêtemens qui pressent avec quel-

que force la région de l'estomac. Cependant, malgré cet état de souffrances si souvent renouvelées, souvent si étendues, la digestion paraît intacte, les alimens ne sont point rejetés, la nutrition des organes se fait d'une manière convenable, et les fèces, par leur consistance et leur aspect, annoncent une digestion complète de la matière alimentaire. La faim éprouve en même temps une modification plus ou moins remarquable; l'appétit est vif; mais à peine est-il entré quelques alimens dans l'estomac que les malades éprouvent une satiété invincible; quelques-unes cependant mangent beaucoup et avec avidité; mais à peine le repas est-il fini que la faim se fait sentir de nouveau, et le besoin est quelquefois chez elles si imprévu et si souvent renouvelé qu'elles placent près de leur lit des alimens pour les prendre au milieu de la nuit; la soif ordinairement augmentée, bien qu'il n'y ait ni fièvre ni sécrétion abondante, participe aux dérangemens qu'éprouvent toutes les sensations qui se rapportent aux voies digestives; en un mot, dans l'ensemble de ces symptômes il y a trouble dans les sensations, intégrité des fonctions.

A ces caractères nous reconnaissons évidemment une affection nerveuse, et nous ne pouvons confondre les symptômes que nous avons décrits avec ceux des gastrites chroniques, toujours suivies de dégoût pour les alimens, entraînant une douleur vive aussitôt après les repas, accompagnées de digestion difficile, et promptement suivies de diarrhée et de dépérissement. Du reste on doit remarquer que jamais les gastrites chroniques ne disparaissent pour alterner avec des névralgies de la face ou de la tête, tandis que dans les gastralgies nous avons eu souvent l'occasion de voir des affections siégeant dans les nerfs des joues ou dans ceux du front, apparaître en même temps que se dissipaient les douleurs d'estomac, et cesser ensuite avec le retour de ces dernières. Ce caractère est

d'une haute importance, parce que les maladies qui se déplacent ont probablement toujours le même siége et la même nature, comme on peut le voir dans la succession des catarrhes et dans la marche des rhumatismes.

En cherchant à établir une différence entre les douleurs névralgiques de l'estomac et les affections inflammatoires de ce viscère, nous n'avons pas parlé des aigreurs et des vomissemens qu'on observe si souvent dans les gastrites chroniques, l'expérience nous ayant appris en effet que ces symptômes accompagnaient quelquefois des affections purement nerveuses, nous avons cru devoir les négliger comme signes différenciels.

La gastralgie une fois établie s'accompagne de dérangement plus ou moins notable dans les fonctions des intestins; les selles deviennent rares, les matières fécales dures, et des coliques se font assez souvent sentir.

Après un temps variable, qui peut être de plusieurs années, l'utérus est modifié dans ses fonctions, les règles se dérangent; les espaces qui les séparent, tantôt plus rapprochés, tantôt plus éloignés, n'ont plus une durée égale; le sang est ordinairement moins rouge et moins abondant; quelquefois au contraire le flux menstruel dure beaucoup plus que dans l'état de santé: il s'accompagne presque toujours de violentes tranchées analogues à celles qui suivent l'accouchement; avant et après l'éruption des règles il survient des flueurs blanches qui durent quelquefois pendant tout l'intervalle qui sépare les deux époques menstruelles. Cependant ces accidens secondaires, résultats d'une influence sympathique exercée par une névralgie, prennent le plus souvent le caractère de la maladie qui leur a donné naissance; des douleurs se font sentir dans l'utérus, et se rapportent soit à la région des reins et du sacrum, soit à la partie antérieure du bassin; et cependant l'exploration de l'utérus ne fait reconnaître le

plus ordinairement aucune lésion qui puisse expliquer ces douleurs.

Les modifications de l'utérus que nous considérons ici comme le résultat d'une influence exercée par l'estomac, sont plus souvent la cause de la gastralgie qu'elles n'en sont l'effet; il importe donc de les considérer dans le cas où elles existent primitivement : c'est ce que nous ferons plus tard, nous bornant à remarquer qu'une fois établie, la maladie de l'utérus réagit sur celle de l'estomac, les douleurs qui se rapportent à cet organe deviennent habituellement plus vives, augmentent vers les époques menstruelles, disparaissent lorsque les règles sont supprimées par la grossesse, et reviennent après l'accouchement.

Si des sympathies étroites existent entre l'estomac et l'utérus, celles qui unissent le premier de ces organes avec l'encéphale ne permettent pas que la lésion de l'un d'eux existe long-temps sans modifier les fonctions de l'autre. Aussi lorsque la gastralgie existe depuis quelque temps, les céphalalgies viennent bientôt s'y joindre, et leur existence comme suite de gastralgie nous paraît si constante, que toutes les fois qu'une femme accuse une migraine habituelle, nous sommes portés de suite à présumer une gastralgie, et nous nous trompons bien rarement; au reste cette douleur de tête est intermittente, comme toutes les affections auxquelles elle se rattache; elle siége au front, aux tempes, rarement à l'occiput, et s'accompagne de sifflemens, de bourdonnemens, et quelquefois même de vertiges (1). Cependant le moral éprouve de grands changemens; il y a de la tristesse et un penchant irrésistible

(1) Nous reviendrons plus tard sur ces symptômes qui engagent si souvent le médecin à pratiquer des saignées et à prescrire un régime anti-phlogistique sévère; médication funeste dans le cas qui nous occupe.

à la mélancolie; l'irritabilité nerveuse s'accroît aussi, et souvent se développent des accidens hystériques qui ne s'étaient encore jamais montrés, et qui cessent complètement quand la maladie principale est guérie.

Ces trois ordres de symptômes, qui se rapportent aux organes digestifs, à l'utérus et au cerveau, sont presque inséparables les uns des autres, et lorsqu'une fois l'un d'eux existe, il se passe rarement une ou deux années sans que les autres ne viennent successivement se joindre au premier; mais indépendamment de ces organes, il en est encore un autre dont les troubles fonctionnels se joignent souvent aux symptômes des gastralgies; le cœur, modifié dans sa vitalité et non dans sa structure, devient le siége de palpitations tellement incommodes, tellement fatigantes, que les malades sont obligés d'interrompre leurs travaux pour peu que ceux-ci exigent des mouvemens un peu considérables. En appliquant le stéthoscope sur la région du cœur, on sent habituellement une assez forte répulsion, et l'on entend aussi le bruit du soufflet et le claquement des oreillettes. Ces palpitations, qui succèdent souvent à la gastralgie lorsque celle-ci existe depuis plusieurs années, sont ordinairement précédées de chlorose, et il est si rare d'observer un ordre différent dans la succession des symptômes, que nous avons pu croire que les palpitations ne survenaient qu'après la décoloration du sang. Mais nous venons de dire qu'il est des cas exceptionnels : quelle que soit au reste la période de la maladie à laquelle les palpitations commencent, elles fatiguent quelquefois les malades au point de faire croire à l'existence d'une dilatation du cœur, et des méprises de ce genre sont si fréquentes qu'on ne saurait trop insister sur la possibilité d'une semblable erreur; il sera, du reste, facile de l'éviter si l'on étudie la série de phénomènes qui ont précédé les palpitations, et si l'on se rappelle qu'à part une répulsion manifeste et un

bruit assez éclatant et susceptible de se faire entendre au moins dans toute la partie antérieure de la poitrine, on ne remarque aucun des symptômes graves qui accompagnent les anévrysmes du cœur arrivés à un degré avancé; et d'ailleurs l'extrême rapidité de la guérison que produit un traitement convenable ne permet guères de croire que l'on ait eu à combattre une maladie contre laquelle les ressources de l'art sont presque toujours impuissantes.

Nous venons de voir comment l'existence primitive d'une gastralgie peut entraîner successivement des dérangemens dans les fonctions de l'utérus, de la céphalalgie et des palpitations; lorsque ces quatre ordres de symptômes sont développés la chlorose ne tarde pas à se manifester si la malade est jeune, habituellement pâle, d'une faible constitution; mais lorsqu'elle est douée d'un tempérament sanguin, que sa constitution est vigoureuse, la gastralgie avec toutes ses conséquences se prolonge sans lésion bien apparente dans la santé pendant un nombre d'années dont il nous est impossible d'indiquer les limites

Nous présenterons plus tard des exemples où l'on remarquera la succession des symptômes indiqués; mais le plus souvent les flueurs blanches, le dérangement dans les règles, signalent le début de la maladie; la gastralgie survient, et les autres symptômes la suivent dans l'ordre que nous avons tracé.

Il est même des cas, rares à la vérité, où la céphalalgie et les palpitations nerveuses précèdent tous les autres symptômes, de sorte que l'on peut établir que l'une des modifications que nous avons décrites, une fois développée, les autres se montrent successivement à une époque qu'il n'est pas facile de préciser.

Indépendamment des cas que nous venons d'examiner, il en est dans lesquels tous les symptômes apparaissent presque simultanément; c'est toujours à la suite des

accouchemens laborieux, des hémorrhagies fréquemment renouvellées, ou d'une maladie qui a nécessité des émissions sanguines très-abondantes, qu'on observe ce mode d'invasion, qui doit faire présager une maladie longue et difficile à guérir.

Nous avons insisté sur ces différentes successions de symptômes et sur les relations sympathiques qui unissent les fonctions des principaux viscères, afin que l'on appréciât bien les différentes périodes de la maladie que nous avons décrite, et que l'on pût indiquer à l'avance, d'après les symptômes existant à une époque donnée, ceux qui se sont développés précédemment et ceux que l'on doit observer par la suite; on verra donc que les considérations que nous avons émises sur les gastralgies au commencement de ce mémoire, que l'on guérit par le fer dans la période chlorotique et que l'on doit par conséquent guérir lorsque l'anémie n'existe point encore, s'appliquent entièrement aux flueurs blanches, aux dérangemens dans les règles, aux céphalalgies et aux palpitations, que l'on traitera avec succès par les martiaux comme tous les autres symptômes de la chlorose, sans attendre que déjà le sang soit complètement décoloré. Toutes ces idées ne sont point nouvelles et les applications auxquelles elles conduisent ont été faites pour la plupart par un grand nombre de médecins; mais comme nos observations nous paraissent devoir ajouter quelque chose à ce que l'on connaît sur ce sujet, nous ne nous bornerons point à l'étude de l'influence du fer sur les gastralgies, nous considérons aussi cette influence sur tous les symptômes concomitans qui partent de l'utérus, du cœur ou de la tête.

Parmi les femmes que nous avons vues affectées de gastralgie, il n'en est que deux qui se soient guéries spontanément; chez la première les douleurs existaient depuis quatre ans, elles disparurent à la suite de violens chagrins

et d'occupations très-pressantes qui absorbèrent toute son attention, et firent succéder une vie très-active à la vie sédentaire qu'elle menait habituellement : la seconde, malade depuis neuf ans, et qui n'avait pas de leucorrhée, fut guérie complètement dès que les flueurs blanches se furent établies; toutes les autres ont conservé leur mal pendant huit, dix ans, et plus, sans qu'elles fussent obligées de suspendre leurs travaux, et sans que leur santé générale eût souffert une notable atteinte, et nous n'avons vu cesser leurs douleurs qu'à la suite d'un traitement convenable; les autres sont devenues chlorotiques, et chez quelques-unes les gastralgies ont dégénéré en gastrite chronique accompagnée de diarrhée et très-difficile à guérir.

Une maladie qui dans son état stationnaire fait éprouver des douleurs presque continues, et qui dans sa marche naturelle tend sans cesse à s'aggraver, exige l'emploi de quelques agens thérapeutiques; et si pendant qu'on les met en usage, les symptômes disparaissent d'une manière durable, on ne pourra contester la part qu'ils ont eue à la guérison.

Mode d'administration du sous-carbonate de fer. — Parmi les préparations martiales, le sous-carbonate de tritoxide de fer est celui dont nous avons fait usage presque exclusivement. La raison de cette préférence n'est point fondée sur des expériences comparatives; en adoptant le sous-carbonate de fer, nous n'avons fait que suivre l'usage qui paraît accorder à ce composé ferrugineux quelqu'avantage sur ceux du même genre, et si quelques rapprochemens sur les propriétés des minéraux, comparées à leur composition, pouvait justifier ce choix, nous ferions remarquer, d'après M. le professeur Récamier, que les métaux purs jouissent en général de propriétés médicales peu actives, mais que sitôt qu'ils se combinent avec l'oxygène,

leur action sur l'organisme change de nature, devient plus puissante, et cette augmentation de propriété est en rapport avec le degré d'oxydation; ainsi, dit-il, le mercure et l'arsenic ne sont pas des poisons à l'état métallique, et le deutoxyde de mercure est plus actif que le protoxyde, l'acide arsénique plus dangereux que l'acide arsénieux, les acides sulfurique, nitrique, etc., ont une action plus puissante que les acides moins oxigenés quoiqu'ayant le même radical (1).

Le plus souvent nous administrons le sous-carbonate de fer en pilules et nous faisons la prescription suivante :

Sous-carbonate de fer, ℥ j.
Extrait de réglisse, quantité suffisante.
Faites cent pilules.

On commence par une ou deux de ces pilules, et l'on va en augmentant chaque jour d'une ou de deux, l'on arrive ainsi en moins d'une semaine à soixante, soixante-douze grains; cette dernière dose est celle à laquelle nous nous arrêtons le plus souvent; mais lorsque les malades n'éprouvent aucune colique, que l'amélioration est rapide, on peut aller jusqu'à cent grains par jour. Nous n'avons jamais dépassé cette dose, quoiqu'on puisse le faire impunément sans aucune espèce de doute. Si l'expérience n'avait prononcé sur cette possibilité, nous ferions remarquer que le fer est un des élémens de nos organes, qu'il entre dans la composition du sang, dans des proportions aussi variables que la couleur de ce fluide, et que tous les sels, toutes les substances que l'analyse découvre dans nos tissus, peuvent être administrés à des doses très-élevées, sans qu'on observe jamais aucun des phénomènes d'intoxication.

(1) Ce qui est vrai pour les substances dont nous venons de parler, cesse de l'être pour l'antimoine, comme nous avons pu nous en assurer par l'expérience.

C'est au reste une chose assez remarquable que les oxydes de fer, qui seuls, entre les oxydes métalliques, ne sont pas des poisons, sont aussi les seuls que l'on retrouve dans le sang en proportions notables, ce rapprochement nous porterait à croire que le manganèse, dont les chimistes ont découvert quelques traces dans les os, pourrait bien, sous le rapport de son innocuité et de son utilité peut-être, se rapprocher du fer; mais cette induction n'est qu'une probabilité, un motif de recherches; nous ne nous y arrêterons pas.

On peut prendre les pilules en deux fois, le matin à jeun et le soir au moment de se mettre au lit. Ordinairement nous les faisons prendre au commencement de chaque repas; en deux fois, si les malades ne font que deux repas; en trois ou quatre fois, s'ils mangent trois ou quatre fois par jour. Nous avons remarqué qu'il y avait quelque inconvénient à administrer le remède une demi-heure et même une heure avant ou après le repas; la digestion, dans ce cas, est quelquefois troublée, ce qu'il faut éviter autant que possible.

L'usage du fer, administré comme nous venons de le dire, ne doit point être borné à la durée de la maladie; on doit le continuer encore long-temps après la guérison, qui sans cela ne serait que de peu de durée; il est aussi nécessaire d'associer quelquefois au sous-carbonate de fer, des purgatifs, des saignées, des préparations opiatiques; mais l'examen de ces combinaisons de médicamens ne pouvant être fait d'une manière convenable qu'après l'exposé des observations particulières, nous le renverrons à la fin de ce mémoire; nous exposerons seulement ici quelques considérations sur le régime.

Les alimens que l'estomac digère sans douleur varient presqu'autant que les malades; quelques personnes ne peuvent supporter que du lait, les autres sont moins

fatigués par les viandes que par les légumes; ceux-là recherchent les pâtes et les préparations du même genre.

Ces dispositions individuelles doivent être prises en considération lorsqu'il s'agira de prescrire le régime, car il ne faut point imiter ces médecins qui, considérant la digestibilité des alimens d'une manière absolue, imposent à tous leurs malades une nourriture identique : il faut considérer les susceptibilités spéciales, et quelques bizarres qu'elles puissent paraître, suivre les indications qu'elles présentent. C'est la méthode que nous avons suivie aussi constamment qu'il nous a été possible, permettant au malade les alimens que son expérience journalière lui avait fait connaître pour les plus digestibles. Nous avons tâché, au reste, d'en modérer la quantité, au point de ne permettre que le quart ou la moitié des alimens dont fait usage un individu en santé, et lorsqu'il n'existait de répugnance pour aucun aliment, nous prescrivions les bouillons gras, les viandes blanches, rôties, etc., évitant autant que possible les légumes farineux, tels que les haricots, les lentilles, dont l'usage trop souvent répété dans les hôpitaux, est sûrement l'une des causes qui y rendent les succès beaucoup plus rares qu'en ville.

Des effets des sels de fer. — Nous n'avons point étudié les effets des sels de fer administrés à un individu bien portant : cette étude nous paraît avoir été faite avec assez de précision par M. Barbier dans sa *Matière médicale*, et nous croyons inutile de rappeler ici ce qu'il indique à ce sujet; notre but n'est pas de reproduire l'état actuel de la science sur les martiaux; notre but est de faire connaître les faits particuliers qui résultent de nos observations. Nous insisterons toutefois sur une modification qu'il importe de connaître pour ne point partager les craintes qu'elle inspire aux malades; nous voulons parler de *la teinte noire que prennent constamment* les matières fécales à la suite de l'emploi des préparations ferrugi-

neuses; nous n'avons point encore fait l'analyse des selles, et recherché quelle pouvait être la cause de cette coloration, trop constante pour n'être point un phénomène purement chimique; il nous paraît probable que c'est à la formation du sulfure de fer qu'elle doit être attribuée. Ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que l'administration long-temps prolongée des préparations de plomb donne également, une teinte d'un gris noirâtre aux matières fécales, et l'on sait que cette teinte est celle du sulfure de ce métal. Il serait curieux de rechercher si les préparations métalliques donnent souvent aux selles cette coloration analogue à celle de leur sulfure.

Nous ne terminerons point ce chapitre sans appeler l'attention sur un ensemble de phénomènes qui n'ont point fixé l'attention des auteurs, et qui dépendent de l'influence que le sous-carbonate de fer exerce sur le système nerveux. Les recueils périodiques contiennent un grand nombre d'observations sur les avantages qu'on a retirés des préparations ferrugineuses dans le traitement des névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc.; et nous verrons plus tard qu'il est des névralgies que ce médicament guérit d'une manière plus durable et plus sûre que tout autre remède; il eût été singulier qu'une substance qui exerce une influence si remarquable sur les maladies du système nerveux, ne pût modifier ce système lorsqu'il était resté dans l'état normal. L'observation n'a pas tardé à nous prouver la justesse de cette idée, et chez plusieurs malades atteintes de gastralgie, le sous-carbonate de fer produisit pendant deux ou trois jours des étourdissemens, de la faiblesse dans les muscles, et un état assez analogue à l'ivresse; l'occasion de répéter ces observations ne s'étant pas présentée assez souvent, nous n'avons pu déterminer les cas où l'on peut produire des désordres nerveux, en administrant le sous-carbonate de fer.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Recherches nouvelles sur les causes de la dilatation des diverses cavités du cœur ; par M. Pigeaux, *D. M.*

« Les fonctions de nos organes ont bien plus d'influence « que leur organisation sur la spécialité des affections « morbides dont ils peuvent être atteints. »

La simplicité des voies de la nature, l'économie de ses procédés, dont elle multiplie les résultats à l'infini, m'ont toujours mis en garde contre les théories complexes, dont on obscursit le plus souvent l'interprétation des phénomènes organiques. Je saisis toujours avec empressement les cas exceptionnels échappés, dit-on, aux règles générales, et jusqu'ici, presque constamment, des recherches ultérieures m'ont appris et l'erreur où l'on était tombé et la route qu'il eût fallu suivre pour l'éviter.

Une étude plus attentive des affections du cœur et de ses ramifications m'a déjà permis de signaler quelques-unes des contradictions apparentes dont la physiologie et la pathologie du système circulatoire se trouvaient entachées; pour compléter les recherches que j'ai faites sur ce sujet, je vais présentement soumettre à un examen nouveau l'étiologie des dilatations des cavités du cœur : le rapprochement qu'on y verra de ce genre d'affection avec les anévrysmes des artères fournira, je l'espère, une preuve de plus en faveur de l'aphorisme que j'ai pris pour épigraphe.

Quelques mots sur ce point de la physiologie du système circulatoire général me paraissent nécessaires pour être plus facilement compris des lecteurs, qui ne connaissent pas encore les modifications que j'y ai apportées; ils serviront au reste d'introduction à une matière de con-

troverse, naturellement aride, quoiqu'intéressante, par le sujet sur lequel elle repose.

Un examen superficiel des fonctions du cœur et des artères établit entre elles des différences essentielles, justifiées, au moins en apparence par leur organisation. Le nombre et la force des fibres musculaires du premier, opposés à la texture fibreuse des artères, fut pour l'immense majorité des physiologistes l'indice d'une circulation active pour le centre circulatoire et passive dans ses ramifications. Cette source d'erreur fut féconde entre les mains des pathologistes, qui presque toujours ont adopté les idées théoriques des anatomistes sans faire réagir les données de leur art pour rectifier les principes qu'ils en avaient reçus.

Aussi vit-on les anévrysmes des artères s'effectuer sous l'influence des contractions du cœur, tandis que pour celui-ci, on fit intervenir un obstacle mécanique au cours du sang; cette circonstance parut indispensable pour qu'un phénomène analogue pût s'y produire. *Le sang arrêté dans sa marche, et réagissant contre les parois qui font effort pour s'en débarrasser*, est encore aujourd'hui la seule cause reçue des anévrysmes passifs du cœur.

Si cependant on se fût donné la peine d'approfondir le mécanisme de la circulation; si, cessant de faire une abstraction du centre circulatoire, on eût successivement examiné le cours du sang dans ses cavités supérieures et inférieures prises isolément, il eut été facile d'y voir la circulation toute aussi passive que dans les ramifications artérielles.

Le sang qui afflue dans les oreillettes de toutes les parties du système veineux, circule dans les ventricules, non par une force inhérente aux parois de ces cavités, mais bien par la contraction des oreillettes, tout comme il marche dans les artères sous l'influence de la contraction des cavités ventriculaires.

Cette circulation passive une fois admise, il n'eût pas répugné de voir les ventricules se dilater en l'absence de tout obstacle mécanique au cours du sang, (comme la science en offre de nombreux exemples), par la force de projection du sang lancé contre leurs parois au moment de la conctraction des oreillettes, et les oreillettes elles-mêmes dilatées, quoique bien rarement, par une force d'ascension du sang dans le système veineux, force susceptible d'imprimer à une colonne barométrique une pression égale à celle de plusieurs athmosphères. Portant moins d'attention à l'organisation des cavités du cœur et à celle des vaisseaux artériels, qu'à l'identité de leurs fonctions, on n'eût pas supposé un mécanisme différent pour expliquer leurs dilatations morbides, ainsi rapprochées par voie d'induction.

La physiologie mieux interprétée du mécanisme de la circulation m'avait dès long-temps fait adopter une théorie des dilatations du cœur basée sur celle des artères, différente par conséquent de celle qu'on professe universellement aujourd'hui : telle en un mot que je viens de l'exposer. Je fus curieux de voir si l'analyse des faits observés lui serait ou non favorable. Tels sont les résultats auxquels je suis parvenu.

Examiner présentement par la méthode numérique, si la théorie de dilatation du cœur, telle que l'a donnée Corvisart, résultait des conséquences directes des observations, ou si l'on n'avait pas plus tenu compte de cas exceptionnels que de la masse des faits en eux-mêmes ; si l'on n'avait pas quelquefois torturé les déductions pathologiques pour les faire rentrer dans l'hypothèse qu'on voulait soutenir, tel est le but que je me propose d'atteindre. Cette épreuve me paraît indispensable; véritable cachet d'une bonne théorie, elle eût assurément suffi à elle seule, pour décider la question, même basée sur une échelle proportion-

nelle peu considérable de faits bien observés. Mais heureusement d'innombrables observations de maladies du cœur sont éparses dans les fastes de la science; bien que la majorité d'entre elles, comme il est facile de le voir par les réflexions qui y sont annexées, ont été recueillies sous l'influence d'une idée théorique préconçue, elles seules cependant serviront de bases à mes recherches. On sera moins porté à en suspecter l'authenticité dont au reste chacun peut vérifier la source. Cette épreuve sera l adernière. La sanction ou la désapprobation ne pourront plus lui venir que du temps et de l'expérience.

Je vais successivement réunir tous les cas d'obstacles au cours du sang sans dilatation, puis toutes les observations d'anévrysme par dilatation d'une ou de plusieurs cavités du cœur sans rétrécissement de ses orifices, contenues dans les ouvrages les mieux connues et les plus modernes. J'espère que cet examen purement numérique fera ressortir le peu de rapport qui existe entre ces divers états pathologiques du centre circulatoire; je pense qu'il prouvera qu'on avait préjugé des faits en leur donnant des relations contantes de causes à effets, et que la loi basée sur eux est au moins sujette à contestation. Pour compléter ce tableau synoptique, je signalerai un grand nombre d'observations où l'obstacle, loin de se trouver avant la cavité dilatée, se présente à l'orifice de communication qui la sépare de la cavité précédente; enfin, où non seulement les ouvertures de sorties, loin d'être rétrécies ou d'offrir le diamètre normal, sont considérablement dilatées, les mêmes conditions pourront aussi se rencontrer à l'orifice d'entrée. L'ensemble de toutes ces circonstances, qui échappe complètement à l'explication que pourrait lui donner la théorie des obstacles, trouvera une solution facile dans le système de l'impulsion du sang admise comme agent principal de toutes les dilatations du cœur et des

artères. Ce dernier parallèle ne sera certainement pas une des moindres preuves à l'appui de l'opinion que j'ai émise dans un autre mémoire rélatif à l'existence des anévrysmes vrai.

Sur cent cinq cas de phthisie pulmonaire rapportés par M. Louis, combien trouve-t-on de cas de dilatation du ventricule droit, vu l'obstacle mécanique au cours du sang? guidé par la théorie générale, qui ne penserait *à priori* en trouver un grand nombre. Il n'en est cependant rien, et en parcourant l'ouvrage de M. Louis, à peine en signale-t-on trois; ce praticien, si remarquable par son exactitude, ne dit même pas qu'il existât alors d'altération des valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire. Sur vingt-cinq cas isolés d'anevrysmes des cavités ventriculaires, qui se sont offerts dans les dernières années de la pratique du même médecin, treize fois le rétrécissement siégeait aux orifices auriculo-ventriculaires, deux fois à l'orifice aortique, une seule fois à celui de l'artère pulmonaire; dans les onze autres cas le plus minutieux examen ne put en faire constater. Le traité des Maladies du cœur, de Corvisart, ne contient que neuf observations détaillées d'anévrysmes des cavités du cœur; le relevé que l'on a fait des endroits où se trouvaient les obstacles donne les proportions suivantes. Cinq fois aux orifices auriculo-ventriculaires, trois fois à l'embouchure de l'aorte, dans un cas il y avait dilatation de tous les orifices. Sur ces neuf cas d'anévrysme, il y a six cas de dilatation du ventricule droit, et pas un obstacle à l'origine de l'artère pulmonaire, dans les trois cas où le rétrécissement siégeait à l'orifice aortique; on voit dans une observation une simple hypertrophie du ventricule gauchce; dans la seconde, une hypertrophie excentrique; enfin dans la troisième, la cavité du ventricule artériel parut normale, le seul ventricule droit offrit une dilatation des plus considérables. On a peine à croire que

ce soit sur de pareils faits qu'un aussi beau génie que Corvisart ait voulu fonder la théorie des obstacles !

L'ouvrage de MM. Bertin et Bouillaud, si riche de faits pratiques et d'ingénieuses déductions, mais composé d'observations rédigées sous l'influence des idées d'un grand maître, adopte et soutient avec franchise l'assertion de Corvisart. L'observation unique d'anévrysme passif qu'ils citent à l'appui ne répond pas (par un hasard des plus extraordinaires) à leur dessein. L'un et l'autre ventricule est fortement dilaté, et d'obstacles aux valvules sygmoïdes il n'en est pas question ; elles sont, disent-ils, colorées. Je cite cette particularité pour faire remarquer qu'il n'y a pas d'omission, et que l'examen attentif en a été fait. Les observations éparses dans les ouvrages de Laennec et de M. Andral, soit de dilatation des cavités du cœur, soit de rétrécissement de ses orifices, sont tout aussi peu probantes en faveur de la théorie des obstacles. On me permettra d'en taire les proportions, de peur d'alonger une analyse numérique qui jouit aujourd'hui de peu de faveur.

Résumant les conséquences générales qu'on peut déduire des faits précédens, on verra que :

1.° Des deux ventricules, celui qui se dilate le plus souvent, c'est le ventricule droit ; par opposition, l'ossification ou les rétrécissemens, de quelque genre qu'ils puissent être, des valvules de l'artère pulmonaire, sont si rares que Bichat en avait nié l'existence et qu'à peine de nos jours en cite-t-on quelques observations.

2.° Les observations de M. Louis, en signalant le peu d'influence qu'a l'état du poumon sur les altérations du ventricule droit, démontre *à fortiori* combien sont peu fondées les opinions de ceux qui trouvent dans l'état morbide des cavités gauches la cause de la dilatation du ventricule droit.

3.° Les altérations des valvules tricuspides et mitrales,

et consécutivement le rétrécissement des ouvertures où elles sont placées, sont de toutes les plus fréquemment observées; et cependant si l'on retranche les dilatations des oreillettes par engouement, ces cavités sont bien moins souvent encore dilatées que le ventricule droit.

4.° S'il existe, et en grand nombre, des cas d'obstacles sans dilatations, on signale aussi des dilatations des cavités du cœur sans qu'on ait pu trouver d'obstacles au cours du sang; on rapporte même alors des observations notoires où toutes les voies circulatoires étaient amplifiées. En définitif il existe une désharmonie complète entre les dilatations des cavités du cœur et les rétrécissemens de ses orifices; des liens de simple coincidence semblent les réunir dans la plupart des circonstances; les obstacles peuvent bien favoriser les dilatations, mais seules elles ne suffisent jamais pour les produire.

D'après l'ensemble de toutes les considérations que je viens d'exposer, j'ai dû placer les obstacles au cours du sang, relativement à la production des anévrysmes du cœur (1), au rang des causes secondaires. La théorie de la formation des anévrysmes des artères, soit par rupture, soit par la dilatation des diverses tuniques de ces vaisseaux, rattachée à celle des dilatations du cœur par voie d'analogie de fonction, demande pour celle-ci un examen plus détaillé; c'est ce qui va présentement nous occuper. Il n'est pas nécessaire de dire que, pour les dilatations des cavités du cœur comme pour celles des artères, je ne regarde l'impulsion que comme cause déterminante. Dans un autre mémoire j'ai cherché à faire apprécier l'influence

(1) Anévrysme, ici comme pour les artères, est synonyme de *dilatation*, sous quelque forme et par quelque cause que ce soit. Les autres augmentations de volume du cœur continueront à porter le nom *d'hypertrophie*, le seul qui leur convienne dans une nomenclature régulière.

des altérations morbides des parois des mêmes parties sur le développement anormal des cavités; presque toujours l'état pathologique de celles-ci m'a paru indispensable pour que l'action du sang puisse se manifester.

L'insuffisance de la théorie des obstacles étant bien constatée, nous allons voir comment la théorie de l'impulsion du sang s'adaptera à l'ensemble de tous les faits connus. Pour être bonne, elle ne doit en rejeter aucun, les adopter dans toutes leurs circonstances, dans la moindre de leurs particularités; la question est dès lors réduite à un simple problême de mécanique dont on possède toutes les données, à le poser en équation pour chercher la valeur relative de chacun de ses membres.

Les dilatations des cavités du cœur, relativement aux rétrécissemens de ses orifices, se trouvent dans trois conditions bien distinctes qui devront tour-à-tour être passées en revue. Cette classification, d'ailleurs toute naturelle, a de plus l'avantage d'éviter la confusion qui résulterait de l'inspection immédiate de la totalité des faits qui nous sont connus.

1.° L'obstacle existe *après* la dilatation.

2.° Il se trouve *avant* la cavité dilatée.

3.° On ne le rencontre ni *devant* ni *derrière* (1); les orifices d'entrée et de sortie ont alors leur diamètre et leur forme naturels; dans d'autres cas, au contraire, ils sont considérablement dilatés.

Dans la première série se trouvent naturellement les

---

(1) *Après* et *devant* sont ici synonymes et opposés à avant et derrière. Le cours du sang a servi de terme de comparaison pour préciser le sens ici donné à ces expressions. Le sang, passant entre les valvules tricuspides, par l'orifice auriculo-ventriculaire droit, pour se rendre de l'oreillette dans le ventricule de ce côté, indique que ces valvules sont devant ou après l'oreillette, et avant et derrière le ventricule.

cas où un obstacle de quelque nature et de quelque forme que ce soit est placé après ou devant la cavité dilatée. La théorie généralement professée n'admet que ce seul cas de possible; j'ai fait apprécier plus haut l'explication qu'elle donne du mécanisme de la formation des anévrysmes en pareille circonstance; la preuve bien constatée de nombreuses observations qui ne relatent pas l'existence des obstacles, ai-je ajouté, l'annihile de plein droit. Cependant le cas échéant, et même vraisemblablement plus fréquemment que le relevé fait à dessein de le constater (seulement 38 fois sur 100) ne semblerait l'indiquer, examinons le fait en lui-même, et voyons comment la théorie de l'impulsion du sang va l'expliquer.

1.° Supposons le ventricule gauche dilaté et les valvules sygmoïdes de l'aorte ossifiée : d'abord le rétrécissement de l'origine de l'aorte empêchera le ventricule gauche de se vider en totalité : de là stagnation du sang dans son intérieur; 2° l'accumulation du sang, augmentant encore la gêne de la circulation dans les cavités gauches, va déterminer des contractions de plus en plus énergiques dans les parois de l'oreillette, de là réaction de la colonne de sang qui, partant de cette cavité, fait irruption dans le ventricule; l'impulsion du liquide sera ensuite plus ou moins sentie, plus ou moins efficace pour dilater le ventricule, selon l'état de cette cavité, et la dilatation sera proportionnelle au degré de rétrécissement de l'orifice aortique, à la force dilatative des oreillettes par rapport aux ventricules; son degré variera suivant la prédominance de l'une de ces trois circonstances, dont une seule cependant est indispensable, l'impulsion du sang.

En effet, transportons-nous au côté droit du cœur, où le ventricule est si souvent dilaté en l'absence de tout rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire; exami-

nons quel pourra être le mécanisme de son développement anormal.

Ici, le sang ne stagnera pas dans le ventricule, empêché dans sa marche par le rétrécissement de l'orifice de sortie, mais un effet identique va suivre une affection morbide suivie de ramollissement, comme il est si commun de le rencontrer; de là moins de force de réaction dans les parois des ventricules qui se laissent déprimer par le poids du sang qu'elles ne peuvent plus chasser en totalité de leur intérieur. De plus, l'oreillette étant supposée à l'état normal, et continuant à y projeter sa quotité de sang, avec une impulsion qui était bien relative à la résistance des ventricules sains, mais qui alors se trouve prédominante, vient coopérer activement à la dilatation du ventricule. L'impulsion du sang et l'inertie de la cavité de réception sont donc, en l'absence de rétrécissemens, les principaux agens de la dilatation d'une cavité quelconque du centre circulatoire.

Les cas où l'on observe la dilatationde l'orifice de l'artère pulmonaire, coïncidant avec une dilatation du ventricule droit, ne demandent pas d'explication particulière, ils ne compliquent pas le fait. Les connexions bien connues du bord adhérent des valvules sygmoïdes avec les piliers de la surface intérieure du ventricule, expliquent de reste le mécanisme de l'écartement des valvules, lorsque la dilatation s'étend à toutes les parties de la cavité.

En passant, je ferai remarquer que des adhérences anciennes à la base des valvules, aussi bien que l'inégale dilatation de toutes les parois d'une cavité, donne une suffisante explication du défaut de rapport qu'on observe assez souvent entre le diamètre d'une cavité et celui de ses ouvertures.

Sans vouloir faire ressortir la prédominance de la théorie des impulsions sur celle des obstacles, je suis obligé

de signaler un grand nombre de cas passés sous silence, tels que ceux où l'on ne saisit pas d'obstacle et ceux où l'ouverture de communication est dilatée; ils échappent à toute explication dans une hypothèse, l'autre au contraire les admet, les signale, et les fait assez facilement rentrer dans ses cadres.

Il me reste présentement à examiner les observations que l'on peut ranger dans la deuxième série, qui comprend les cas très-nombreux où l'obstacle est placé derrière ou avant la dilatation; aux valvules tricuspides, par exemple, quand le ventricule droit est dilaté.

Que fait on pour accélérer le cours d'un liquide sans augmenter la force destinée à le faire mouvoir? On diminue la capacité du vaisseau qu'il parcourt, ou resserre l'orifice qu'il traverse, on augmente la vitesse aux dépens de la masse de liquide. C'est un artifice employé par la nature dans la progression du sang; le mécanisme de toutes les injections est basé sur ces considérations; qui ne sait qu'en reserrant le lit d'un fleuve on accroît la rapidité de ses eaux? Dans le cas précité, l'obstacle posé à l'orifice auriculo-ventriculaire par une altération quelconque des valcules tricuspides agit en diminuant le diamètre de l'ouverture de communication entre l'oreillette et le ventricule; l'impulsion, résultat de la contraction de l'oreillette, restant la même, mais agissant sur une masse de sang moins considérable qui traverse l'ouverture dans un temps donné, la force de projection du liquide contre les parois des ventricules sera d'autant plus énergique. Pour peu qu'on admette une prédisposition pathologique de la cavité de réception, ne voit-on pas facilement comment la dilatation va s'en affectuer.

Mais, pourra-t-on m'objecter, quand l'orifice de communication, au lieu d'être rétréci, se trouve au contraire dilaté, que devient l'explication? D'abord je ferai remar-

quer que plusieurs circonstances, rapportées précédemment, concourent à faire croire que cette dilatation n'est que consécutive à celle du ventricule, et qu'elle s'effectue par les progrès où l'accumulation des effets d'une seule et même cause; mais, quand même il n'en serait pas ainsi, si l'on pouvait, ce que je ne crois pas, admettre comme primitive la dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire, ne pourrait-on pas penser qu'un excès d'énergie des parois de l'oreillette, après l'avoir déterminée, a prolongé son mode d'action sur les parois des ventricules pour les dilater consécutivement?

Pour compléter le cadre que nous nous sommes proposés de remplir, en cherchant à englober dans la théorie des impulsions tous les cas connus, il suffira de signaler les observations assez nombreuses de dilatation, même portée au dernier degré, en l'absence de tout obstacle au cours du sang et même de toute altération pathologique qui puisse faire présumer une lésion organique antécédente. Deux classes distinctes sont ici nécessaires à établir, nous réservant de les subdiviser si la précision des cas rendait cette disposition indispensable.

1°. Les traces d'anciennes affections morbides existent; une simple impulsion, agissant contre des parois dont la résistance est diminuée, suffit pour réunir ces cas à ceux qui ont été déjà cités et pour ne demander aucune explication particulière.

2.° L'état morbide n'a pas existé, ou n'a pas laissé de signes positifs auxquels on puisse reconnaître son existence antécédente.

L'inflammation du système musculaire, ou ce que l'on est convenu de qualifier ainsi, de notorité incontestable, ne laisse quelquefois pas d'indices du lieu qu'elle a envahi. Et d'ailleurs, sans inflammation, ne sait-on pas le degré de flaccidité qu'acquièrent par fois des muscles de la vie animale! Assurément les autopsies n'en démontrent

pas de moins considérable dans l'ensemble des muscles de la vie organique, et au cœur en particulier. Une impulsion normale et le poids du sang qui stagne dans les cavités de cet organe expliquent alors la dilatation dont il est le siége.

Je terminerai en établissant une distinction fort importante à connaître relativement aux dilatations du cœur en général. L'une, et c'est la seule qui m'ait occupé jusqu'ici, recevra le nom de *dilatation organique*; c'est-à-dire inhérente à l'organisation du cœur : elle coexiste avec le sujet. L'autre est le résultat de l'engouement du centre circulatoire qui commence quelquefois plusieurs jours avant la mort du malade; celle-ci a pour caractère distinctif d'être modelée sur le caillot qui distend les cavités du cœur, et de revenir sur elle-même quelque temps après qu'on a enlevé la cause mécanique qui lui avait donné naissance. On pourrait la nommer *anorganique*, mais elle est mieux connue sous le nom de dilatation par *engouement;* ce qui m'engage à lui conserver cette dénomination (1).

Des diverses considérations que je viens d'exposer, je crois pouvoir déduire les règles générales de la dilatation des cavités du cœur :

1.° L'impulsion du sang est la cause active ou efficiente de la dilatation des cavités du cœur.

2.° Le mécanisme de la formation des anévrysmes du centre circulatoire est identique à celui qu'on attribue généralement aux anévrysmes des artères; celui de la dilatation de toutes les cavités ou de tous les conduits qui présentent une capacité anormale est presque analogue.

3.° Pour les oreillettes, la force d'ascension du sang dans le système veineux remplace l'impulsion qui alors est continue et non intermittente comme pour les cavités ventriculaires.

(1) Le nom de dilatation *passive* ne saurait lui convenir, puisque toutes les dilatations jouissent de cette qualité.

4.° Le poids du sang qui stagne dans une cavité concourt souvent avec l'impulsion du liquide pour la dilater.

5.° L'altération dans la consistance des parois du cœur est, de toutes les causes prédisposantes aux dilatations des cavités du cœur, la plus efficace.

6.° Un obstacle mécanique au cours du sang est une circonstance favorable à la manifestation des effets de l'impulsion du sang.

7.° Toute stagnation du sang dans une cavité provoque les contractions de la cavité précédente, et prédispose la première à une dilatation ultérieure.

8.° De nombreux exemples de dilatation d'une ou de plusieurs cavités du cœur, en l'absence de tout rétrécissement de leurs orifices, attestent que leur présence n'est pas indispensable à la production de cet état morbide du centre circulatoire.

9.° Des observations au moins aussi nombreuses de cas de rétrécissement, non accompagnés de la dilatation des cavités précédentes, prouvent du reste que cette circonstance, sans prédisposition morbide, ne suffit jamais seule pour produire la dilatation de la cavité qui la suit.

10.° L'état des poumons influe peu ou pas sur celui du ventricule droit; *à fortiori* celui des cavités gauches ne peut pas servir pour expliquer le développement anormal des cavités droites.

Observation d'une hydrocèle volumineuse compliquée d'une hydrocèle enkystée du cordon, avec déplacement considérable de l'artère spermatique et de la lésion de cette artère dans l'opération de la ponction; par M. le professeur LE SAUVAGE, *chirurgien en chef des hôpitaux de Caen.*

On doit au professeur Scarpa une lumineuse exposition

des changemens de situation qu'éprouvent les vaisseaux du cordon spermatique, dans les hernies scrotales et les hydrocèles anciennes ou volumineuses; mais l'observation des préceptes que donne l'illustre praticien pour éviter la lésion de ces vaisseaux (dans les opérations que ces maladies nécessitent), peut dans quelques cas ne point conjurer le danger, comme le prouve le fait suivant :

Le nommé T., âgé de 45 ans, de la commune d'Aunebault, près Pont-l'Évêque, était affecté depuis longtemps d'une hydrocèle qui m'avait paru simple, et pour laquelle je lui avais pratiqué une ponction six mois auparavant, lorsqu'il se présenta de nouveau chez moi le 11 mars dernier. La tumeur s'était reproduite et avait acquis beaucoup de volume. Elle était étranglée, vers sa partie moyenne, et déjetée irrégulièrement, le lobe supérieur en dehors, l'inférieur en dedans.

Je jugeai que la tunique vaginale était trop distendue pour entreprendre l'opération définitive, ainsi que l'espérait le malade, et je me décidai à faire de nouveau une ponction simple. En conséquence je ramenai la tumeur à la direction verticale qu'elle avait abandonnée, et je plongeai un petit troiscart à sa partie moyenne, et au milieu même de sa hauteur, tout près du point où la première ponctions avait été pratiquée. Le fluide avait les qualités ordinaires; mais lorsque je retirai la canule, elle laissa échapper un peu de sang qui continua de couler un instant par la petite plaie, et bientôt je m'aperçus que la tumeur reprenait un volume qui en moins de quatre minutes égalait celui qu'elle avait avant l'opération.

Il ne pouvait y avoir d'équivoque; c'était du sang artériel qui distendait la tumeur, et, comme il n'y avait aucune indice d'ecchymose dans ses parois, il devenait évident que l'artère spermatique avait été ouverte.

La tumeur resta bientôt stationnaire. Le malade ne souf-

frait nullement; il retourna à son auberge et dormit toute la nuit. Le suivant, il ne survint aucun changement dans la tumeur, et la journée se passa avec le même calme; mais le lendemain je fis sentir au malade la nécessité de prendre un parti, et pour plus de facilité, et afin de placer ce cas important sous les yeux des élèves, j'engageai T. à entrer à l'hôpital comme pensionnaire, et je pratiquai de suite l'opération suivante :

Je fis une incision de quatre pouces d'étendue, depuis le point où la ponction avait été pratiquée jusqu'auprès de l'anneau inguinal. Bientôt un sang rouge, mêlé de caillot, sortit avec effort. J'introduisis le doigt dans la cavité, et je trouvai le testicule au-devant de la tunique, immédiatement au-dessous du point où j'avais commencé l'incision. Le cordon spermatique était situé derrière la lèvre interne de la plaie. Il était volumineux, et était lui-même le siége d'une hydrocèle enkystée qui se présentait sous la forme de lobes celluleux, formant des saillies irrégulières et multipliées sur son trajet. Je reconnus bientôt que l'artère spermatique avait été divisée au sommet même du testicule. J'en fis la ligature, et j'emportai tous les lobes qui entouraient le cordon. Ils contenaient à l'intérieur un fluide albumino-séreux nullement diffluent. Je ne jugeai pas à propos d'emporter le testicule, à cause de l'influence que son ablation pourrait avoir sur le moral du malade, et peut-être qu'au point où l'artère avait été lésée, elle avait déjà fourni quelques rameaux?

L'opération avait été laborieuse : il survint de la fièvre, de la douleur, et de nouveau le scrotum reprit son volume premier; la peau devint luisante; le malade fut saigné plusieurs fois, et on lui fit une application de sangsues sur le scrotum. Le quatrième jour il parut sur le devant de la tumeur une escharre gangréneuse superficielle; mais elle ne s'étendait nullement; les jours suivans il fal-

lui ouvrir un abcès assez considérable qui occupait le tissu cellulaire sous-cutané, un autre point en dehors et en haut abcéda et fournit beaucoup de pus. La tumeur perdit de son volume, et c'est alors qu'il fut facile de reconnaître qu'il ne sortait point de pus par l'incision première, que l'inflammation vive, suppurative, avait seulement envahi le tissu cellulaire sous-cutané, et qu'il s'était fait à l'intérieur de la séreuse une exhalation gélatineuse comme à la suite de l'opération par injection, circonstance qui offre quelque singularité, et qui s'est probablement reproduite dans beaucoup de cas où l'on a mis en pratique quelques-unes des méthodes préconisées avant celle de l'injection.

Je fus obligé de pratiquer quelques légères incisions pour faciliter la réunion des portions de peau décollée, et lorsque T. sortit de l'hôpital le 20 avril, la tumeur était à peu près réduite au volume du testicule. Seulement le cordon offrait encore un léger excès de volume; les plaies étaient à peu près cicatrisées.

On voit, d'après cette observation, que, ainsi que le prescrit l'illustre chirurgien d'Italie, la ponction avait été pratiquée au centre même de la tumeur, mais que la position insolite du testicule et du cordon laissait l'artère spermatique exposée aux coups de l'instrument.

Dans l'observation du chirurgien Gasparoli, rapportée par Scarpa, l'auteur prétend que la tumeur augmentait de volume indéfiniment, et qu'il y sentit des pulsations artérielles distinctes, ce qui le porta à opérer de suite. Cependant on a vu que chez T. la tumeur était restée stationnaire pendant deux jours, et assurément elle n'était le siége d'aucune pulsation; et j'ai peine à concevoir comment une artère lésée à la partie inférieure du scrotum a pu continuer de donner du sang après que le sac étant fortement distendu, l'artère devait se trouver comprimée latéralement dans tout son trajet entre la membrane sé-

reuse et la fibreuse qui devait résister à l'effort de la distension.

Le sang ne sortit qu'après l'évacuation du liquide séreux, ce qui prouve que le troiscart avait pénétré à travers le cordon tuméfié, et que l'artère, après sa division, avait été obturée par la canule. Le cas du chirurgien italien était moins équivoque; il y avait du sang artériel mêlé à la sérosité; alors il était plus difficile de penser qu'il avait ouvert un vaisseau sous-cutané, parce que, dans ce cas, il y aurait eu apparence d'ecchymose à l'extérieur, et que l'épanchement à l'intérieur n'aurait pu avoir lieu qu'après l'enlèvement de la canule.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

A treatise on the venereal diseases of the eye; c'est-à-dire, *Traité des maladies vénériennes des yeux; par* Guill. Lawrence, *chirurgien de l'infirmerie ophthalmique de Londres, etc., etc. Londres*, 1830. *In*-8.° *de* 537 *pages*. (III.° et dernier extrait.) (1)

Ulcérations syphilitiques des paupières. — Les ulcérations syphilitiques des paupières se présentent assez souvent dans la pratique, et cependant, comme l'observe très-bien M. Lawrence, les traités spéciaux que nous possédons sur les maladies vénériennes n'en parlent point d'une manière particulière. Cette espèce d'oubli et cette circonstance que souvent les paupières sont, dans toute leur étendue et leur épaisseur, détruites par ces sortes d'ulcérations, dont le vrai caractère a trop fréquemment été méconnu, nous engagent à traduire presque littéralement cette partie de l'ouvrage de M. Lawrence.

C'est pendant que l'auteur suppléait le docteur Ludfard

(1) *Voyez* les premiers extraits, t. XXVII, p. 83 et 381.

Harvey à l'hôpital Saint-Barthélemy, que son attention fut pour la première fois fixée sur ce symptôme syphilitique. Une femme, d'une forte constitution, ayant le visage coloré, y fut admise pour un ulcère qui avait presque détruit toute la paupière inférieure; sa surface grisâtre présentait quelques points sanguinolens; son bord externe était livide et sanieux; la suppuration ichoreuse. Les tégumens étaient tout autour et dans une grande étendue, très-enflammés, et le côté correspondant de la face extrêmement gonflé. L'ulcération et les parties voisines étaient le siége d'une douleur aiguë qui privait la malade de tout repos. Du reste, il n'existait, ni autre affection locale, ni autre ulcération ou éruption sur le reste du corps. N'ayant jamais observé ni rencontré, dans les auteurs, de faits analogues, M. Lawrence ne soupçonna pas que la maladie pût être syphilitique, et essaya d'en arrêter les progrès au moyen des sangsues, des fomentations, des cataplasmes et de l'opium. Ces moyens furent infructueux, et pendant leur emploi la paupière fut entièrement détruite. C'est alors qu'il administra l'opium uni au calomel, qui affecta promptement la bouche. La douleur cessa immédiatement; l'inflammation de l'ulcère et des parties voisines fut arrêtée dans ses progrès, et au bout de deux à trois jours l'ulcération offrit un bon aspect, et la cicatrisation en fut bientôt obtenue. Quoique la malade ne présentât pas d'autres symptômes vénériens, et qu'elle dît ne pas avoir été récemment affectée de syphilis, M. Lawrence n'en est pas moins convaincu que cette ulcération avait un caractère syphilitique.

Bientôt après l'auteur observa un jeune homme, âgé d'environ vingt ans, dont une des paupières inférieures avait été détruite dans la moitié de son étendue par une ulcération chronique, tandis que celle du côté opposé présentait sur son bord une ulcération superficielle plus

petite mais ayant les mêmes caractères; chaque tonsille offrait aussi, sans inflammation du tissu voisin, une ulcération profonde et à surface grisâtre. Les caractères de la maladie étaient, dans ce cas, si tranchés, que malgré que ce jeune homme dît qu'il n'avait jamais contracté de maladie syphilitique, on ne put douter un instant de sa véritable nature. La décoction composée de salsepareille fut administrée avec le deuto-chlorure de mercure. Les ulcérations de la gorge disparurent bientôt; mais celles des paupières furent plus rebelles et ne commencèrent à se cicatriser que quand le mercure eut affecté la bouche.

Plusieurs cas d'ulcérations syphilitiques, observés par l'auteur dans ces dernières années, l'ont convaincu qu'ici elles offraient, dans leurs caractères et dans leurs progrès, les mêmes variétés que dans les autres parties du corps.

L'ulcère, débutant sur le bord ciliaire par une petite dureté qui ressemble à un orgeolet, peut envahir tous les tissus de la paupière et en détruire toute l'épaisseur. M. Lawrence a rencontré cette forme de la maladie cinq fois sur un nombre qu'il ne détermine pas. Il peut, prenant encore naissance sur le même point, être borné à la surface externe de la paupière, ou se former sur la muqueuse palpébrale et ne pas s'étendre au-delà. Sur un malade, qui avait des périostoses et des ulcérations syphilitiques sur diverses parties du corps, M. Lawrence, ayant remarqué que la paupière supérieure du côté gauche était rouge et gonflée, la renversa et découvrit à sa face interne une ulcération aussi large qu'un demi-franc, et ayant une surface d'un gris sale; elle ne s'étendait pas jusqu'au bord de la paupière; en même temps il existait sur la muqueuse de cette paupière et sur celle de l'autre quelques ulcérations plus petites.

Quelquefois ces ulcérations ont une marche aiguë, s'accompagnent de beaucoup d'inflammation et de dou-

leur et détruisent rapidement les parties affectées. Dans une observation que nous rapporterons, les deux tiers de la paupière inférieure furent détruits en moins de cinq jours. L'auteur a vu plusieurs autres fois la maladie suivre cette marche rapide. Dans un autre cas, au contraire, que nous aurons aussi le soin de citer, et où il n'y eut que peu de douleur et d'inflammation, la guérison fut obtenue presque sans perte de substance de la paupière, quoique la maladie existât déjà depuis deux mois lorsqu'on commença le traitement.

Dans la généralité des cas, l'ulcération syphilitique des paupières existe conjointement avec d'autres symptômes secondaires, soit ulcérations, soit gonflement des os et du périoste, etc. Dans un cas, l'affection de la paupière exista seule pendant deux mois, et ce ne fut qu'à cette époque qu'apparut une éruption squammeuse. Chez un autre malade, M. Lawrence n'observa jamais qu'une ulcération à surface grisâtre, sur la muqueuse de la paupière supérieure. Les caractères de cette ulcération, et le bon état de la santé générale, le portèrent à conclure que c'était un symptôme syphilitique, quoiqu'il n'existât pas d'autres symptômes et que le malade dît que depuis longtemps, (trois ou quatre ans) il n'avait pas eu d'affection vénérienne. Cette ulcération céda promptement à l'emploi du mercure et de la salsepareille. Dans trois cas, M. Lawrence a vu la paupière entièrement détruite, sans qu'après la cicatrisation il en résultât de difformité apparente et la moindre gêne pour les malades.

Les ulcérations des paupières dont il est question ici peuvent facilement être distinguées de toutes celles qui affectent les mêmes parties. Celles dites carcinomateuses pourraient plus que toute autre être confondues avec elles; mais on les reconnaîtra à ce que, dans le plus grand nombre des cas, elles commencent par la peau, restent long-

temps bornées à ce tissu, et ne s'étendent que très-tard aux bords des paupières et à la muqueuse qui les tapisse. De plus, le carcinome des paupières reste pendant des mois et même pendant des années à l'état de tubercule, avant de s'ulcérer.

Quant au traitement, le mercure en forme la base. L'auteur en a constamment retiré de très-bons effets; aussitôt que son influence se fait sentir sur l'économie, les ulcérations perdent leurs caractères syphilitiques et guérissent promptement.

Les observations suivantes, que nous choisissons parmi celles que rapporte M. Lawrence, achèveront de faire connaître une maladie sur laquelle presque tous les auteurs gardent le silence.

I.re *Obs.* George Vaux, âgé de 43 ans et d'une forte constitution, consulta l'auteur pour une ulcération de la paupière, au mois d'août 1829. Jugeant, d'après son apparence extérieure, qu'elle devait être syphilitique, M. Lawrence questionna le malade qui assura ne pas avoir et n'avoir jamais eu d'affection vénérienne, mais dit être alors atteint d'une gonorrhée qu'il avait contractée au mois de mars et pour laquelle il avait pris à différentes fois et avec quelque succès le baume de copahu. Quinze jours après que l'écoulement urétral se fut déclaré, il se montra, sur la muqueuse qui tapisse le prépuce, une ulcération qui le gêna si peu qu'il n'y fit point attention, et qu'il croyait même guérie, parce qu'un phimosis qui était survenu lui en avait dérobé la vue. Il y a deux mois, l'écoulement de l'urètre revenant par intervalle, il apparut sur le bord de la paupière gauche et entre les cils, un petit bouton dur. Déjà il s'en était formé un précédemment qui fut percé et guérit promptement. Le dernier s'ouvrit bientôt et se couvrit d'une croûte brunâtre qui tombait de temps en temps pour se former de nouveau. Le ma-

lade, remarquant que l'ulcération faisait des progrès et commençait à gêner les mouvemens de la paupière, consulta un chirurgien qui la traita pendant quelque temps sans aucun succès, comme une ulcération simple; c'est alors qu'il fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemy.

Le 10 août, il existe un phimosis et un écoulement jaunâtre et abondant. On sent une dureté, en saisissant entre le doigt et le pouce le prépuce qui, abaissé avec force, laisse apercevoir un ulcère sur la surface de cette induration. La paupière supérieure du côté gauche est épaissie et alongée de sorte qu'elle ne peut qu'en partie être soulevée. Toute sa surface extérieure est occupée par une ulcération arrondie qui a presque un pouce de diamètre et s'étend jusque sur son bord libre dont une partie des cils a été détruite. Cette ulcération, dont la surface est recouverte d'une croûte sèche, épaisse et jaunâtre, repose sur une base dure et élevée. L'ulcère lui-même, autant qu'on peut le découvrir, est, ainsi que les parties circonvoisines, d'un rouge brunâtre; l'œil n'est pas enflammé, et la vision n'est troublée que par l'alongement de la paupière supérieure. Sur le front il existe quelques taches superficielles, de couleur cuivrée et d'un tiers de pouce de diamètre. Une semblable éruption, mais légèrement squammeuse par places, couvre le cou, le dos, la poitrine, les épaules et les bras. (Cataplasme de mie de pain sur la paupière; laxatifs.)

Le 11, la croûte est tombée, et l'ulcération présente une surface nette. (Cataplasme; deux grains de calomel et un tiers de grain d'opium, toutes les six heures; injections sous le prépuce.)

Le 19, il y a salivation, et les gencives sont enflammées et douloureuses. L'induration du prépuce a diminué. L'éruption, particulièrement à la face, est flétrie, et l'ulcération de la paupière offre une belle surface et sécrète

un pus de bonne nature ; sa circonférence est cicatrisée. (Le calomel et l'opium sont donnés toutes les huit heures.)

Le 24, La salivation est considérable; les gencives et la bouche sont enflammées et d'une sensibilité excessive. L'ulcère du prépuce est guéri, et il n'y a plus d'écoulement. La paupière est moins gonflée, et l'ulcération qui la recouvrait s'est cicatrisée rapidement, excepté vers son bord inférieur, où elle a envahi la membrane muqueuse. L'éruption a disparu. (Calomel et opium seulement le soir.)

Le 26, suppression du calomel; gargarisme avec l'alun.

Le 9 septembre, l'ulcération, qui depuis quelques jours était cicatrisée, reparut, ainsi que le gonflement de la paupière. (Calomel et opium tous les soirs.)

Le 11, ces médicamens furent donnés deux fois par jour, et le 14, toutes les huit heures. La salivation se rétablit, et le 18, à mesure que la bouche devint de plus en plus malade, l'ulcère prit un meilleur aspect et se cicatrisa rapidement. Le 25, le mercure fut définitivement suspendu, et le 28, Vaux quitta l'hôpital parfaitement guéri. Au mois de mai 1830, il n'y avait point encore eu récidive.

II.ᵉ *Obs.* — Henry-Evans, âgé de 30 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemy, le 10 décembre 1829. Cet homme, qui a mené une vie très-irrégulière, a eu plusieurs maladies vénériennes pour lesquelles il a avec succès employé le mercure. Sa dernière infection date de deux ans. Il a maintenant une ulcération à l'angle externe de l'œil droit, sur diverses parties du tronc et sur les membres quelques ulcères superficiels, un gonflement douloureux et induré d'un mollet, et des périostoses aux deux bras, près du coude. Tous ces symptômes existent depuis

un mois, excepté les périostoses qui datent de huit mois et sont maintenant stationnaires.

Les progrès graduels de l'ulcération de l'angle externe des paupières qui, comme les autres ulcérations, avait commencé par une pustule, l'engagèrent à entrer à l'hôpital : il n'avait fait usage d'aucun médicament. (Purgatif; salsepareille; ulcère des paupières lavé avec une solution de six grains de nitrate d'argent dans une once d'eau, puis pansé avec le précipité rouge.)

Le 14, l'ulcération était très-douloureuse et avait fait de nouveaux progrès. (Même traitement; 20 sangsues au mollet.)

Le 16, M. Lawrence vit le malade pour la première fois, et observa une ulcération considérable qui avait détruit la commissure externe des paupières dans l'étendue de trois quarts de pouce. Cette ulcération était très-douloureuse, offrait une circonférence enflammée, des bords durs, et une surface blanchâtre et recouverte de quelques stries de sang et d'un pus peu épais. Son centre était excavé, et elle avait détruit toute l'épaisseur des paupières. La conjonctive oculaire voisine était rougeâtre et gonflée, et l'œil très-douloureux. (La salsepareille et les applications irritantes furent supprimées; cataplasme sur l'ulcère, et toutes les six heures deux grains de calomel avec un tiers de grain d'opium.)

Le 21, la bouche est légèrement affectée par le mercure; amélioration sensible de l'ulcère qui est moins douloureux, et n'a pas fait de progrès. L'induration du mollet est très-douloureuse et semble présenter de la suppuration dans quelques parties. (Même traitement; applications répétées de sangsues sur le mollet.)

Le 24, il y a salivation. L'ulcération des paupières marche rapidément vers la guérison; elle est cicatrisée, le 26, et tous les autres symptômes ont diminué d'intensité.

Le 4 janvier 1830, la cicatrice de la paupière commence à s'ulcérer de nouveau dans un point. L'induration de la jambe persiste, mais elle n'est plus douloureuse. (Cataplasme sur l'œil; pilules mercurielles de cinq grains, matin et soir; frictions de même nature sur la jambe.)

Le 18, les moyens qui viennent d'être indiqués ont toujours été continués; la bouche n'est point affectée par le mercure. L'ulcération des paupières a atteint la moitié de son étendue primitive. (Toutes les quatre heures deux grains de calomel avec un tiers de grain d'opium.)

Le 22, aussitôt que la salivation fut établie, on cessa l'emploi du mercure, et l'ulcération de la paupière se cicatrisa promptement. L'induration de la jambe a disparu, les ulcères superficiels du tronc et des membres sont guéris, et les périostoses ont beaucoup diminué de volume.

Le malade quitta l'hôpital le 2 février et y fut admis de nouveau le 12 : il avait alors un gonflement rouge, dur et douloureux de la paupière inférieure, au centre duquel était une croûte plate, brunâtre et très-adhérente. La conjonctive palpébrale était très-enflammée, celle du globe de l'œil l'était aussi, mais à un plus faible degré. (Vingt sangsues autour de l'œil; cataplasmes; purgatifs.)

Le 13, pas d'amélioration. (Calomel et opium, toutes les six heures.)

Le 15, la croûte est soulevée et laisse voir une ulcération profonde, à surface grisâtre, à base dure, enflammée et très-douloureuse. La surface du globe de l'œil est aussi très-enflammée et le siége de violentes douleurs. Le mercure n'a point agi sur la bouche, et sera donné de quatre heures en quatre heures.

Le 17, le système n'a point encore reçu l'influence du

mercure, et l'ulcération a fait des progrès : elle occupe actuellement toute la hauteur de la paupière inférieure et les trois-quarts de sa longueur : son centre présente une profonde excoriation. (Même traitement.)

Le 19, il est survenu une abondante salivation. L'ulcère est moins douloureux, et a cessé de s'étendre ; sa circonférence est moins enflammée. (Suppression du calomel et de l'opium.)

Le 25, l'ulcération a diminué d'étendue et tend à se cicatriser.

Le 28, la bouche est revenue à son état normal. L'ulcère est encore douloureux et ses bords enflammés. (Calomel et opium soir et matin, donnés de manière à entretenir la salivation jusqu'après la cicatrisation complète de l'ulcère.)

Le 2 mars, l'ulcération est guérie ; le calomel et l'opium furent continués jusqu'au 15, époque à laquelle le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri, et malgré la destruction des trois-quarts de la paupière par l'ulcération, il ne restait aucune difformité. M. Lawrence revit le malade au mois de juin, et rien n'annonçait encore une récidive.

III.e — *Ulcération phagédénique de la paupière supérieure, sans autre symptôme syphilitique, guérie facilement par le mercure.* — Louise Williams, jeune femme bien portante et âgée de 25 ans, fut admise à l'hôpital Saint-Barthélemy, le 14 mai 1829, et confiée aux soins de M. Earle. Une ulcération phagédénique occupait toute la surface de la paupière supérieure du côté droit, et s'étendait d'une des commissures à l'autre. Elle avait détruit l'angle interne des paupières et le bord ciliaire de la paupière supérieure, et occupait en même temps la peau et la conjonctive palpébrale; sa surface était couverte d'une croûte sèche et brunâtre ; ses bords étaient

enflammés, et une douleur aiguë existait et dans la paupière et dans le sourcil. La malade assurait qu'elle n'avait jamais eu aucun signe vénérien, et rapportait l'origine de son mal au froid auquel elle s'était exposée quinze jours auparavant; il survint un *orgeolet* qui se creva bientôt, et dégénéra graduellement en ulcère. Lorsqu'au moyen des fomentations et des cataplasmes on eût fait tomber la croûte qui recouvrait l'ulcération, celle-ci fut hardiment touchée avec le nitrate d'argent.

Le 17, le caractère de l'ulcération n'est pas changé : elle est toujours très-douloureuse. (Un huitième de grain de deuto-chlorure de mercure, donné trois fois le jour dans une demi-once de salsepareille concentrée.)

Le 21, l'ulcération s'est étendue; sa surface, et principalement ses bords, sont grisâtres et présentent des points et des stries sanguinolens. (Applicatiou de l'acide nitrique pur sur l'ulcère.)

Le 23, M. Lawrence vit la malade avec M. Earle, et observa un large ulcère rongeant de la paupière, très-douloureux, à bords enflammés, et accompagné d'une inflammation générale et violente de la conjonctive. Il ne conserva aucun doute sur la nature vraiment syphilitique de cette affection, et recommanda que le mercure fût employé à doses suffisantes pour agir promptement sur tout le système. (De quatre heures en quatre heures deux grains de calomel avec un tiers de grain d'opium.)

Le 26, la bouche est affectée par le mercure : l'aspect de l'ulcération est changé, et ses progrès sont arrêtés.

Le 31, la cicatrisation a marché rapidement, et la malade quitte l'hôpital presque entièrement guérie.

Académie royale de Médecine. (Août.)

Séance du 7 août. — Effets du rhus toxicodendron. — M. Mérat fait un rapport sur une note communiquée par le docteur Guérin, médecin à Baugé (département de Maine-et-Loire), et relative à des accidens éprouvés par un jardinier qui en janvier 1819 avait taillé plusieurs arbustes de *Rhus toxicodendron*. Cet homme eut d'abord le corps couvert d'un érysipèle vésiculeux, et la tête extrêmement enflée. L'érysipèle ayant disparu après une sortie par un temps froid et des lotions avec l'eau vinaigrée, le malade tomba sans connaissance : il y avait une respiration pénible, figure injectée, douleurs vives dans la région du cœur et de l'estomac, de l'écume à la bouche. Ces accidens disparurent après une saignée, des bains et la réapparition de l'éruption vésiculeuse. L'auteur de la note regarde les symptômes que présenta ce jardinier comme dus à l'absortion du suc vénimeux du rhus toxicodendron. — M. Bourdois cite un fait semblable au précédent. Un jardinier ivre, ayant taillé par mégarde un *rhus radicans*, eut une éruption très intense. M. Thillaye raconte que feu Gallois, qui s'était déjà frotté avec le *rhus toxicodendron*, ayant réitéré l'expérience sur le poignet, eut une éruption très-forte avec fièvre. — A ce sujet, M. Virey fait observer que les effets du *rhus* varient d'intensité suivant les époques de sa végétation. Il avance qu'ils sont moins graves dans l'automne et l'hiver, et plus pendant le temps de la floraison. — Il est objecté à M. Virey que le fait observé par M. Guérin a eu lieu au mois de janvier. D'un autre côté, MM. Chevalier et Double citent des cas qui prouvent que l'action du *rhus toxicodendron* est très-faible et même quelquefois nulle pendant les mois de juin et de juillet.

Ophthalmie épidémique. — M. Piorry fait à l'Académie une communication sur une épidémie d'ophthalmie qui règne à la maison de Refuge : 300 enfans, de l'un et l'autre sexe, dont l'âge varie de de 2 à 12 ans, ont été placés à la maison de Refuge, rue de l'Oursine, après la perte de leurs parens morts du choléra. Ces enfans avaient habité presque tous des endroits étroits et mal aérés. Ils furent entassés dans les dortoirs dont les murs étaient récemment blanchis. Dans leurs jeux, ils se jettaient fréquemment du sable dans les yeux ; un grand nombre d'entr'eux fut atteint de rougeole. C'est depuis un mois, à-peu-près, que les accidens se sont dé-

clarés à la suite d'une averse qui mouilla ces enfans pendant leur récréation. Les salles où les enfans furent les plus malades étaient, assure-t-on, exposés au nord. L'établissement est voisin d'une tannerie et de fosses d'aisance qui y répandent la plus mauvaise odeur. Le premier soin de l'administration fut de séparer ces enfans et de les placer dans des maisons particulières; c'est par suite de cette mesure que treize petites filles entrèrent à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Piorry. Voici les principaux caractères de la maladie qu'elles présentaient : tuméfaction considérable de la paupière supérieure, qui offre le volume d'une grosse amande, et qui est d'une couleur rouge-foncé; conjonctive palpébrale très-épaissie et très-rouge; conjonctive oculaire moins rouge; paupière inférieure beaucoup moins tuméfiée; cornée intacte. Sécrétion abondante d'un fluide muqueux, de consistance et de couleur variables, tantôt clair et mêlé aux larmes, tantôt trouble, d'autres fois puriforme; la membrane des fosses nasales est rouge et secrète une humeur semblable à celle des yeux; douleurs vives; la lumière ne les provoque pas; point de symptômes généraux. Les saignées locales, les émolliens, l'acétate de plomb, ont échoué. Un seul moyen a réussi, c'est la compression méthodique de la paupière supérieure, au moyen de charpie fine, imbibée d'eau de guimauve et placée sur un linge fin qu'on soutient avec du taffetas gommé et une bande.

Accouchement laborieux d'un fœtus affecté d'éventration. — M. Montault, D. M., interne de l'Hôtel-Dieu, lit une observation sur ce sujet : une femme se présenta, le 2 mars 1832, à l'Hôtel-Dieu, pour accoucher : le col était effacé, la poche des eaux remplissait le conduit vagino-utérin, mais le toucher ne faisait reconnaître à travers cette poche aucune partie solide. Cette femme, âgée de 37 ans, journalière, bien conformée, fortement constituée et ayant tous les signes d'une brillante santé, se disait enceinte depuis neuf mois, avoir toujours bien senti remuer son enfant depuis octobre 1831, jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital; elle n'avait point fait de chute, ni reçu de coups sur le ventre; dans les trois derniers mois seulement de sa grossesse elle s'était fatiguée, avait supporté des ouvrages forts, porté du bois qu'elle appuyait sur la région abdominale. Elle avait eu dans l'espace de six ans trois enfans, deux filles et un garçon, facilement mis au monde, bien conformés, qui ont toujours vécu en bonne santé, et dont le père jouit lui-même de tous les attributs de la santé, de la force et d'une bonne constitution. — La poche des eaux se rompit pendant qu'on transportait la femme S. à la salle d'accouchement, et un bras, qui fut reconnu pour être celui du côté droit, se présenta aussitôt au passage. L'enfant présentait en même temps la surface antérieure et latérale droite du tronc.

Bientôt l'on vit avec étonnement les intestins rouges, livides, de l'enfant hors de la vulve. La femme était vigoureuse, et les douleurs se succédaient presque sans interruption, on se décida à procéder aussitôt à la version de l'enfant. « Mon intention, dit M. Montault, était d'amener l'enfant par la tête ou les pieds, suivant que l'une ou l'autre de ces deux extrémités se trouverait plus rapprochée du passage. J'introduisis la main droite pour tacher d'abaisser la tête située du côté gauche du bassin, ce que je ne pus effectuer, parce qu'elle était fortement relevée vers le pubis. Je fis alors des tentatives pour amener les extrémités inférieures avec la main gauche, je parvins facilement aux genoux, mais telle était la position des pieds, dont les talons appuyaient sur l'occiput, que je ne pus pour l'instant dégager les extrémités inférieures. L'enfant, en effet, courbé sur lui-même en arrière, était, pour ainsi dire, disposé en cercle. M. Caillard, médecin sédentaire, et mes collègues, firent de même des tentatives inutiles dans le but d'amener les pieds au-dehors; alors il réussit, par de fortes tractions exercées sur la fesse droite, à abaisser le bassin de l'enfant. Il voulut bien ensuite m'abandonner le soin de dégager les extrémités inférieures, ce qui était devenu très-facile. Après que j'eus attiré au dehors la partie inférieure du tronc, la manœuvre ne présenta plus rien de bien remarquable, si ce n'est que je cherchais en vain à dégager le bras gauche circonstance dont on se rendra facilement compte par le reste de l'observation. Après avoir tourné la face du côté du sacrum, les surfaces antérieures de l'enfant soutenues par mon avant-bras droit, j'appuyai l'index droit sur le menton, le gauche sur la nuque de l'enfant, et la tête fut extraite. Le travail dura deux heures. Le placenta vint entier. Son extraction se fit en même temps que celle du fœtus, vu la brièveté du cordon ombilical dont la longueur n'était que de quatre pouces. Nonobstant ce cas et les autres circonstances, non-seulement la femme S. n'éprouva point de perte, mais les suites de sa couche furent heureuses: elle fut prise, le 3.e jour, de la fièvre dite de lait; dès le 5.e, elle commença à manger et à se lever, et le 12.e jour après l'accouchement, elle sortit de l'Hôtel-Dieu en parfaite santé.

Voici maintenant ce qu'a présenté de remarquable le fœtus considéré dans sa conformation tant externe qu'interne. Il était du sexe masculin, semblait être venu à terme et avoir succombé pendant la durée du travail, puisque le matin même de son entrée à l'Hôtel-Dieu, la mère dit avoir ressenti des mouvemens. Outre la courbure du tronc en arrière, dont j'ai parlé plus haut, il en existait une autre du côté gauche, en sorte que l'épaule de ce côté touchait presque la hanche correspondante. Cette position paraissait avoir été telle pendant une grande partie de la gestation, car, ainsi que nous

le verrons plus bas, il existait une courbure de la colonne vertébrale, dont la convexité regardait en avant et à droite. C'est entre l'épaule et la hanche du côté gauche ainsi rapprochées, et presque contiguës, qu'on apercevait un simulacre, un rudiment du bras gauche grêle, court et terminé seulement par deux doigts.

L'insertion du cordon ombilical se faisait dans un lieu à peu près également éloigné des deux extrémités du corps de l'enfant, ce qui me confirme dans l'opinion que celui-ci était à terme; la paroi abdominale existait normalement depuis le pubis jusqu'à l'insertion du cordon; mais depuis cette insertion jusqu'à la première pièce du sternum (qui seule existait), on voyait une éventraction qui avait donné issue au paquet intestinal, lors de la manifestation des premières douleurs de l'enfantement, et qui laissait facilement apercevoir les organes abdominaux et thoraciques, savoir, le cœur, l'aorte, le thymus très-volumineux, les poumons petits et compacts, l'œsophage, l'estomac, et les autres parties du canal intestinal, le foie très-développé, la rate, les reins presque réunis sur la ligne médiane; les médiastins se prolongeaient dans le ventre avec les épiploons; il n'existait point de diaphragme; cependant du côté droit (qui en général était bien plus développé et mieux conformé que l'autre), la poitrine était fermée inférieurement par la séreuse pleurale, qui remontait ensuite pour se continuer avec le médiastin; mais on voyait l'œsophage et l'artère aorte passer du thorax dans la cavité abdominale, sans traverser aucune cloison, ni ouverture; les viscères de l'abdomen et de la poitrine, que l'éventration laissait apercevoir, n'avaient point été en contact immédiat avec les eaux de l'amnios, et paraissaient avoir été recouverts par une membrane mince et transparente, dont la rupture avait probablement eu lieu au commencement du travail, qui se confondait insensiblement avec les bords de l'éventration : elle remontait ensuite le long du cordon pour se continuer avec les membranes amnios et chorion dont elle paraissait un prolongement; en effet elle se composait de deux feuillets dont l'externe (amnios) se continuait sur les bords de l'éventration avec la peau, tandis que l'interne par rapport au cordon (chorion) se continuait avec le péritoine : ce fait, si l'état des débris de cette membrane mince ne nous en a pas imposé, tendrait donc à faire penser, contre l'opinion de plusieurs anatomistes et physiologistes, que le chorion ne se continue pas avec le derme de la peau. Ayant eu l'honneur d'assister chez M. Caillard, à la dissection de l'épaule de ce fœtus, faite par M. Serres en présence de Geoffroy Saint-Hilaire, et ayant entendu ces deux célèbres anatomistes regarder comme digne du plus grand intérêt ce qu'ils avaient observé, je crus devoir poursuivre avec ménagement la dissection de ce fœtus

qui était destiné à être conservé dans le muséum d'anatomie pathologique de l'Hôtel-Dieu.

La colonne vertébrale, à la fin de la région dorsale, et au commencement de la région lombaire, présentait une courbure dont la convexité était tournée en avant et à droite; dans toute son étendue régnait en outre une courbure latérale gauche, en sorte que les côtes gauches étaient rapprochées, remontées et mêmes confondues; les droites, au contraire, distinctes et abaissées; celles-ci, à part le le déplacement, étaient bien conformées, au nombre de douze, se réunissaient par leurs extrémités antérieures, pour s'articuler avec l'angle inférieur droit du sternum; les côtes du côté gauche, au nombre de sept seulement, venaient se rendre en avant à l'angle inférieur gauche du sternum; la première côte gauche très-large, surtout en arrière, semblait résulter de la réunion ou soudure de plusieurs côtes : elle était manifestement d'une seule pièce; à droite, comme à gauche, l'articulation des côtes en arrière n'offrait rien de particulier. La première pièce du sternum existait seule; irrégulièrement quadrilatère, elle présentait quatre angles : un supérieur droit, articulé avec la clavicule droite; un inférieur droit en connexion avec les côtes droites; un inférieur gauche, en rapport avec les côtes gauches; enfin un supérieur gauche, s'articulant, d'une part, avec une pièce d'os qui a quelque ressemblance avec la clavicule, se continuant, d'autre part, avec un os inférieur qui représentait la cavité glénoïde de l'omoplate; l'extrémité postérieure du premier os s'articulait en outre avec une pièce ayant quelque ressemblance avec le scapulum, et en connexion avec les mêmes muscles que cet os. Doit-on regarder la première pièce comme la clavicule, et l'autre comme la première côte, ou bien celle-ci comme la clavicule et l'os comme un prolongement de l'apophyse coracoïde? — L'humérus était bien conformé; il s'articulait en haut avec la deuxième pièce, en bas avec le radius et le cubitus; les mouvemens de flexion de l'avant-bras se faisaient mieux en arrière ou par la face dorsale qu'en avant; en bas les deux os de l'avant-bras semblaient se continuer sans carpe avec deux métacarpiens et deux doigts seulement qui ne présentaient le caractère exclusif d'aucun doigt en particulier.

Ces détails sont particulièrement extraits du n.° 71 du tome VI de la *Lancette française*, où M. Montault a consigné son observation.

Séance du 14. — Après la lecture du procès-verbal, M. le président lit à l'Académie une lettre qui lui est adressée au nom de la famille de feu Portal, et qui l'informe des dispositions testamentaires par lesquelles M. Portal lègue à l'Académie 1° un portrait de Vesale, peint, dit-on, par Le Titien; 2.° un portrait de Lassone, premier

médecin du roi Louis XV; 3.° une somme de 12,000 fr. destinée à fonder un prix annuel pour le meilleur mémoire d'anatomie pathologique. — Après les formalités d'usage au sujet de cette lettre, quelques membres émettent le vœu que le buste de Portal décore la salle des séanees. Mais l'article 81 du réglement s'oppose à ee que cet honneur soit rendu à aucun académieien avant cinq ans révolus depuis sa mort.

Conservation des sangsues. — M. Guibourt fait un rapport sur une notice envoyée à l'Académie par M. Roman, pharmacien à Lyon. M. Roman, persuadé que les sangsues que l'on tente de conserver, meurent d'abstinence et par suite des blessures qu'elles se font, a conçu l'idée de les nourrir avec du sucre. Il cite sur ee point une expérience qui lui est propre, et pense qu'une telle découverte mérite une réeompense. Le rapporteur montre que le moyen proposé n'est pas nouveau. On le trouve mentionné dans le Journal de Pharmacie et dans le Dictionnaire d'Histoire naturelle, t. XLVII. En outre, des expériences ont appris que la sangsue médicinale ne prend rien du liquide où elle se trouve; elle ne peut avaler que par succion, et elle ne peut sueer que sur un corps plein, assez mou pour être peré, et assez solide pour fournir un point d'appui. Ensuite, il est bien rare que les sangsues se piquent les unes les autres. La couleur rouge que l'on observe fréquemment dans l'eau où elles séjournent tient au sang qu'elles laissent échapper soit par l'effet d'une réplétion antérieure, soit par l'effet d'une maladie actuelle. Les pellieules que l'on voit flotter dans l'eau et qui conservent l'empreinte des anneaux propres aux sangsues proviennent de la mue fréquente qu'elles subissent. M. Guibourt insiste sur ce fait dont les auteurs n'ont pas parlé. Le rapporteur eonclut qu'il n'y a pas lieu de réclamer auprès du gouvernement la récompenso que M. Roman demande pour sa prétendue déeouverte.

MM. Guibourt et Collineau font des rapports sur divers remèdes secrets qu'ils proposent de rejeter, ee qui est adopté par l'Académie.

Académie royale des Sciences.

Séance du 30 *juillet.* — Injection de chlorure de sodium dans les veines des cholériques. — On donne lecture de la lettre suivante, écrite d'Édimbourg le 4 juin dernier, à M. Delpech, par M. le prof. Lizars. « Nous avons en dernier lieu mis à exécution votre proposition; il y a en tout trente malades du choléra, parvenus à l'état do collapsus, qui ont eu les veines injectées; et, dans tous, ce remède a réussi, *pro tempore.* Nous prenons cinq livres d'eau, deux

gros de chlorure de sodium, et un gros de carbonate de soude; et ce soluté, élevé à la température de 105° (Far.), est injecté peu-à-peu dans la veine médiane oncéphalique. J'ai observé que, lorsque environ deux livres de ce liquide ont pénétré dans les vaisseaux sanguins, la couleur bleue diminue, la température du corps s'élève, le pouls devient fort, etc.; mais il faut en même temps pratiquer des frictions sur la région de l'épine, sur le sternum et le ventre, avec une pâte sinapisée ayant pour base un soluté de deux gros de potasse par deux livres d'eau bouillante. Cette espèce de cataplasme agit bien mieux que le cautère actuel. On donne aussi en même temps en boisson de l'eau chargée de sels alcalins, mais surtout des lavemens abondans d'eau chargée des mêmes sels que pour l'injection des veines, bien chaude, et que l'on s'efforce de retenir, même par la compression de l'anus. Les lavemens sont absorbés rapidement lorsque l'injection veineuse a produit d'heureux effets, et alors il faut recommencer de temps en temps l'injection dans les veines. Ces remèdes, les uns sans les autres, ne produisent ordinairement que des effets passagers, mais ensemble ils guérissent. Quelques médecins ont mêlé le blanc-d'œuf ou même le sulfate de quinine, aux sels alcalins, dans les injections, mais ces moyens n'ont pas eu de succès (1).

Progression du choléra-morbus. — M. Boubée communique des observations sommaires sur *la marche géologique du choléra-morbus*. En grouppant ensemble les villes où le choléra a fait le plus de victimes, M. Boubée a cru remarquer que presque toutes elles sont situées sur des terrains tertiaires ou sur des terrains de transport, et que le plus petit nombre se trouve, ou sur des terrains secondaires, ou mieux encore sur des terrains intermédiaires et primitifs; encore, dans ceux-ci, le choléra a-t-il exercé beaucoup moins de ravages que dans les premiers. Cette observation ressort facilement et de la comparaison de plusieurs contrées entre elles, et de la comparaison des diverses parties d'une même contrée. Ainsi le choléra s'est propagé rapidement et avec intensité dans les pays où les terrains tertiaires et d'alluvion occupent une étendue dominante, tandis qu'il a paru se propager difficilement, perdre de son intensité et s'éteindre bientôt dans des lieux formés de terrains plus anciens, et notamment dans ceux où règnent les formations primordiales. Sans

(1) Pour l'usage des formules indiquées dans cette note, il est bon de prévenir que les poids anglais n'ont pas la même valeur que les nôtres; la livre est de 12 onces, et le gros de 60 grains; de manière que chaque livre anglaise est à-peu-près représentée par dix de nos onces.

prétendre établir un système sur la nature et la propagation du choléra, d'après ces observations encore bien incomplètes, M. Boubée essaie de montrer qu'elles se concilient très-bien avec les phénomènes les plus certains de l'épidémie constatés jusqu'à présent.

M. Chevreul lit plusieurs notes relatives au rapport qu'il a fait précédemment à l'Académie, sur le bouillon de la compagnie hollandaise, au nom de la commission de la gélatine. Ces notes sont relatives : 1.° au cuivre qui, selon plusieurs chimistes, serait contenu dans le froment. M. Chevreul a fait les expériences les plus minutieuses, sans trouver, dans une quantité assez considérable de froment, aucune trace de cette substance métallique : cependant il ne prétend pas infirmer les résultats différens qui ont été annoncés; mais il pense qu'il faut les attribuer à des causes accidentelles.

2.° A la proportion des matières solubles que l'eau extrait de la viande et des légumes dans la préparation d'un bouillon de bonne qualité (de 3 à 4 °/₀ environ).

3.° Aux phénomènes différens que présente, pour la cuisson de quelques légumes, et pour la saveur qu'ils en retirent, l'emploi de l'eau distillée ou de l'eau imprégnée d'un 25.ᵉ de son poids de sel marin. L'eau salée dans cette proportion, est, en général, préférable à l'eau pure.

4.° A l'influence des diverses eaux sur la cuisson de la viande de bœuf.

5.° A une substance nouvelle, aperçue par lui dans la viande de bœuf cuite, et qu'il a nommée *créatine*.

Séance du 6 août. — M. Broussais, qui se présente pour succéder à M. Portal, lit un mémoire sur les changemens apportés dans l'état de la médecine française par les progrès de la médecine physiologique, et en particulier par les ouvrages qu'il a publiés.

— L'Académie procède à l'élection d'un nouveau membre pour la place vacante dans la section de chimie par la mort de M. Sérullas. M. Dumas est élu.

Séance du 13 août. — M. Guibourt lit une note sur les caractères distinctifs du castoréum de Sibérie et du castoréum du Canada.

Séance du 20 août. — Méconine. — M. Couerbe donne lecture d'un travail sur l'histoire chimique de la *méconine*, substance que, le premier, il a fait complètement connaître, et dans laquelle il fait voir un nouvel acide qu'il a nommé *méchloïque*, du nom des deux corps qui lui ont donné naissance.

VARIÉTÉS.

Recherches de M. Rayer, *sur l'air expiré et sur le sang des cholériques.*

M. Rayer, voulant apprécier la quantité d'oxygène absorbé dans l'acte de la respiration chez les cholériques, a cru devoir prendre pour point de départ et terme de comparaison la quantité de ce gaz absorbé chez l'homme sain. Goodwiz porte la quantité pour une inspiration à 13 pour cent, Allen et Pepys à 8, et 8,50, Nysten à 5 ou 5, 50. M. Apjohn à 3 ou 4 et rarement plus. Cette divergence d'opinions a forcé M. Rayer à vérifier les faits par des expériences nouvelles qu'il a faites en commun avec M. Young.

La première expérience a été faite sur l'air expiré dans un ballon par un homme sain. La dimension du ballon doit être supérieure à celle du volume d'air fourni par l'expiration la plus complète. On y expire pendant quelques minutes à l'aide d'un long tube qui ne bouche pas hermétiquement le col du ballon, pour que l'air contenu au commencement de l'expérience puisse sortir.

La quantité d'oxygène absorbée, en respirant aussi naturellement que possible, ne s'est jamais élevée au-delà de 4 parties 50 centièmes sur 100 d'air inspiré.

Une deuxième expérience propre à être répétée sur des cholériques a été faite. Dans cette expérience, l'air a été recueilli sous l'eau; de l'air expiré 13 fois par une même personne saine, a présenté une composition assez constamment la même. On a soin de laisser échapper les premières parties d'air, et de faire usage d'un tube dans lequel on a préalablement soufflé. De 21 parties sur 100, que contient l'air atmosphérique, la moyenne de l'absorption de l'oxygène pour un homme sain est de 4, 45.

On a pu vérifier que la quantité d'oxygène absorbé était variable, suivant que l'air avait séjourné plus ou moins long-temps dans la poitrine.

Pour faire l'analyse de l'air expiré, on en a introduit cent parties dans un tube gradué, que l'on a décomposées à l'aide d'un morceau de phosphore: l'air expiré par les cholériques a été recueilli ainsi qu'il suit: une cuvette remplie d'eau contient deux flacons de huit onces environ également remplis d'eau. Cette cuvette est placée sur le lit du malade et l'air expiré par le cholérique est porté dans les flacons à l'aide d'un tube recourbé dont une extrémité est dans la bouche du malade, et l'autre n'est introduite dans le goulot des fla-

cons que lorsque l'air soufflé par le cholérique a fait bouillonner l'eau pendant quelques secondes.

Cet air fut analysé par M. Persoon, préparateur de M. Thénard au collège de France, l'analyse fut faite à l'aide de l'eudiomètre. On commença par absorber l'acide carbonique sur le mercure à l'aide de la potasse; puis on prit 49 volumes de cet air. 24 volumes d'hydrogène lavé furent ajoutés. Après l'étincelle, il resta 45 volumes. L'eau formée était composée de deux volumes d'hydrogène et d'un d'oxygène (9 1/3); il en résulte que dans 49 parties d'air, il y avait 9 1/3 d'oxigène, c'est-à-dire 19, 06 pour cent: il n'y avait donc eu d'absorbé dans l'inspiration du cholérique que 1,94 sur les 21 parties de l'oxygène de l'air.

Chez une cholérique non cyanosée 4,30 furent absorbés. L'eudiomètre chez un troisième malade, vieillard mort du choléra algide, donna 2,90; un quatrième, algide et cyanique qui a guéri, a donné pour résultat de l'expérience 3,97.

Une cinquième, jeune et peu cyanosé, 4,44.

Chez les trois derniers, l'analyse de l'air a été faite à l'aide du phosphore.

Déjà M. Davy a trouvé que l'air expiré par les cholériques ne contenait pas plus d'un tiers de l'acide carbonique contenu dans l'air expiré par l'homme sain. M. le docteur Clanny a constaté que chez les cholériques l'air expiré ne contient pas la moindre trace d'acide carbonique; d'autre part, M. Barruel et M. Guéneau de Mussy ont trouvé l'air expiré par les cholériques en tout semblable à l'air atmosphérique; aucune parcelle d'oxygène n'avait donc été absorbée.

M. Rayer tire de ses expériences et de celles des auteurs précités.

1.° Que l'air expiré par les cholériques non-cyanosés contient à-peu-près la même proportion d'oxygène que l'air expiré par l'homme sain.

2.° Que l'air expiré par le cholérique *asphyxié* contient notablement plus d'oxygène que celui de l'homme sain.

3.° Que dans quelques cas l'air n'a subi aucune modification dans le poumon du cholérique.

4.° Que la diminution ou le défaut d'absorption d'oxygène coïncide avec l'abaissement de la température du corps, l'altération du sang et l'imperfection de l'hématose.

M. Rayer ajoute qu'il faudra rechercher plus tard si ce défaut de l'hématose tient à l'altération primitive du sang, ou au défaut d'innervation, ou au ralentissement de la circulation, ou enfin à toutes ces causes réunies.

On ne sauroit trop louer le zèle de M. Rayer; ses expériences sur l'air expiré sont concluantes; nul doute maintenant que la quantité

de l'oxygène absorbé ne soit moindre chez le cholérique cyanosé que chez l'homme sain, ou même le cholérique non-cyanosé, ou non-asphyxié, comme le dit M. Rayer. Quant à la question de savoir si le défaut de l'hématose tient surtout à l'altération du sang avant son retour au poumon, et on pouvait le présumer à cause des pertes que ce fluide a faites par les évacuations des cholériques, M. Rayer a cherché lui-même à établir par des expériences directes que le sang dont la composition normale est sensiblement altérée, comme le prouvent les analyses de M. Thompson, de Glascow, était par cela même moins oxygénable. Il est parti, pour diriger ses recherches, d'un caractère remarquable du sang cholérique, son peu d'aptitude à rougir à l'air, et, concluant avec justesse qu'apprécier les circonstances qui empêchent le sang de rougir au contact de l'air, c'était reconnaître un des principaux obstacles de l'hématose, il a entrepris d'abord sur le sang cholérique une série d'expériences qui l'ont conduit à des résultats fort remarquables. Nous n'entrerons pas dans tous les détails de ces essais, il suffira d'en indiquer la marche et le résultat.

Une première expérience a consisté à reconnaître ce qu'il arrive sous le rapport de la rubéfaction à l'air lorsqu'on abandonne le sang non-cholérique à lui-même, et qu'on laisse le caillot dans le sérum. Les parties du caillot les moins éloignées de la surface du sérum rougissent les premières, et à mesure que cette couche augmente, la coloration due à l'oxygénation du caillot diminue de promptitude et d'intensité. Un caillot mis sous le sérum, à sept pouces de profondeur, n'avait presque pas changé de couleur le lendemain.

Premier fait. — Le sérum ne s'oppose donc pas à l'oxygénation du caillot pourvu que la couche de liquide ne soit pas trop épaissé.

Mais le sérum est-il nécessaire à l'oxygénation ?

Deux portions de caillot ont été exposées à l'air après que l'une d'elles eut été desséchée autant que possible sur du papier brouillard, l'autre restant intacte. La portion desséchée a rougi moins que la portion humide.

Mais il fallait savoir si l'humidité seule avait eu ici de l'influence sur la différence observée. Une partie de caillot fut laissée intacte, trois parties desséchées, puis l'une de celles-ci imbibée d'eau, une autre de sérum, la troisième laissée sèche. Le caillot resté intact rougit plus fortement que les autres ; le caillot imbibé d'eau, après avoir été desséché, rougit le moins fortement.

Enfin, un caillot fut déchiré irrégulièrement de manière à présenter des saillies et des enfoncemens. Le sérum continuait à baigner les enfoncemens ; c'est dans ces sinus que la rougeur fut le plus marquée après quelques heures d'exposition à l'air.

Deuxième fait. — M. Rayer tire de ces expériences la conclusion que la présence du sérum est une condition de l'oxygénation du sang.

Toutes les parties constitutives du sérum (eau, albumine, sels) sont-elles nécessaires à cette oxygénation ?

Nous avons déjà vu plus haut que le caillot desséché, puis imbibé d'eau, rougit moins à l'air que le caillot intact. L'eau n'est donc pas la partie du sérum la plus importante à la rubéfaction du coagulum. L'expérience directe le prouve aussi.

L'albumine n'a pas non plus la propriété de favoriser l'oxygénation du sang, mais elle ne la gêne pas.

Enfin, il restait à examiner l'action des sels du sérum. Ils jouissent tous à un haut degré de la propriété de rougir le sang par eux-mêmes, propriété qu'ils partagent avec tous les sels solubles non-métalliques. On a pris, pour le prouver, le sang contenu, après la mort, dans le cœur et les gros vaisseaux, qui est très-foncé et rougit moins vite que le sang tiré par la lancette. Ce n'est pas au reste le mélange d'une solution saline et du sang fait dans des vases clos, qui est rouge comme le sang *oxygéné*, il faut que ce mélange soit mis en contact avec l'air, et surtout avec l'oxygène.

L'action des sels sur le caillot est tout-à-fait analogue.

MM. Rayer et James Young ont conclu de leurs expériences :

1.° Que toutes les substances qu'ils ont vu jouir de la propriété de rougir la matière colorante du sang sont des solutions salines (le sucre et l'urée exceptés).

2.° Que les humeurs animales les plus fortement chargées de sels (sérum, sérosité, urine) possèdent seulement la même propriété.

3.° Qu'en ajoutant des sels à ces mêmes humeurs, cette propriété s'exalte.

4.° Que la matière colorante de sang rouge par les sels prend une teinte vermeille par son exposition à l'air; et enfin;

Troisième fait. — Que la présence des sels dans le sérum est une condition nécessaire pour que le sang soit oxygénable, et, par conséquent, pour que les phénomènes chimiques de la respiration s'opèrent.

Or, on sait déjà que le sang cholérique rougit moins à l'air que le sang non-cholérique. M. Rayer s'est assuré qu'il est moins chaud que le sang jaillissant de la veine d'un individu atteint de pleurésie; il a reconnu avec le docteur Thomson qu'il contient beaucoup moins de sérum que le sang non-cholérique. En effet, dans l'homme sain, d'après Thomson, le rapport du sérum au caillot est de 55 à 45 sur 100; dans le cholérique ce rapport est de 32, 2 à 66, 8.

L'analyse du sérum du sang cholérique, par Thomson, comparée à

celle du sérum du sang ordinaire par Berzelius, a prouvé à M. Rayer que la quantité des sels est moindre dans le premier.

	Homme sain.	(Berzélius.)	Cholérique. (Thomson.)	
Sérum.	Eau.........	90. 5	Eau........	83,750
	Albumine....	8	Albumine...	15,015
	Sels.........	1. 5	Sels........	1,035

M. Reid-Clanny, dans une analyse du sang cholérique, n'a pas rencontré de traces de matières salines.

M. Rayer a complété ses expériences par les suivantes.

Le caillot récent du sang cholérique, sous du sérum non-cholérique, *rougit peu.*

Avec son propre sérum, il rougit moins encore. Le caillot du sang sain a fort peu rougi sous le sérum cholérique.

Le sang cholérique rougit à l'air après l'addition des fortes solutions salines. De plus, circonstance singulière, il conserve plus longtemps que le sang non-cholérique la propriété de rougir à l'air par l'addition des solutions salines; M. Rayer explique cette dernière circonstance par la moindre quantité d'eau qu'il contient, ce qui rend l'albumine moins délayée et moins putréfiable.

Il résulte évidemment de ces expériences fort intéressantes, que les sels du sérum ont une influence marquée sur la rubéfaction au contact de l'air du sang cholérique. Cela pourrait donc conduire à quelques essais thérapeutiques particuliers, et cela justifie l'administration des sels que quelques praticiens ont tentée avec quelques succès.

Cependant, le problème est encore beaucoup trop compliqué pour qu'on puisse tirer de ces expériences des inductions thérapeutiques trop rigoureuses; ce que n'ont pas fait, au reste, M. Rayer et Young, qui se sont bornés jusqu'ici à constater le résultat chimique de leurs essais.

Nous ne pourrions pas perdre de vue, si nous étions tentés de nous laisser entraîner dans la voie d'une thérapeutique expérimentale:

1.° Que le sang cholérique, sous le sérum non cholérique, a peu rougi, comme l'a reconnu M. Rayer.

2.° Qu'en même temps que les sels ont diminué dans le sang cholérique, la fibrine, d'après les expériences du docteur Thomson n'y est quelquefois que la dixième partie de celle de l'état sain, tandis que la matière colorante en est le quadruple.

Toujours est-il que les recherches de MM. Rayer et James Young sont du plus grand intérêt: nous attendrons qu'ils en aient tiré les conséquences physiologiques ou thérapeutiques, pour apprécier la portée qu'ils ont intention de donner à leurs travaux.

Réclamation de M. Le Sauvage, *relative à certaines idées sur la respiration.*

Dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, sous le N.° 160, le 30 juillet dernier (1831), par un ancien élève de l'école de Caen, je trouve à la page 8, et sous le N.° XVII, la proposition suivante :

« La respiration est-elle une fonction de nutrition ou de motilité ? L'observation de faits nombreux tirés, soit de l'anatomie comparée, soit du développement du fœtus pendant la gestation, semblent démontrer que la nutrition peut être très-active dans l'absence de la respiration.

D'un autre côté, la rapidité, l'étendue des mouvemens coïncident avec l'étendue de la respiration, l'engourdissement et l'immobilité avec sa faiblesse ou son absence. »

J'ai le premier, je pense, soulevé cette haute question des rapports immédiats qui existeraient entre la respiration et les actes locomoteurs, de telle sorte que les derniers seraient entièrement dans la dépendance de la première, et je crois avoir suffisamment fondé mes raisonnemens sur des faits multipliés d'embryogénie et de physiologie comparée, de pathologie, etc.

Ne pouvant prévoir l'issue des controverses qu'éveilleront des idées susceptibles de produire dans la science une sorte de révolution, je ne dois point en laisser *peser la responsabilité* sur le docteur Le Piez qui bien évidemment les a puisées dans mes leçons. En attendant que je puisse les exposer avec les développemens dont je les crois susceptibles, il me sera facile d'établir mes droits d'antériorité, en énonçant les trois propositions suivantes, auxquelles je voudrais bien faire subir quelques modifications; mais que je dois reproduire telles qu'elles ont été consignées au procès-verbal des séances de l'Académie royale des sciences, arts et belles-lettres, de Caen, le 13 février 1825 (1).

» 1.° L'hématose, ou la transformation en sang des produits immédiats de la digestion et de ceux que l'absorption fait passer dans le torrent circulatoire, n'est point un produit de la respiration ; »

» 2.° La respiration n'a pas pour usage de rendre au sang les principes que la nutrition lui enlève continuellement ; »

» 3.° Les fonctions des organes actifs de la locomotion sont entièrement dépendantes du phénomène de la respiration. »

Caen, le 25 mai 1832.

LE SAUVAGE, *prof. de méd.*, etc.

(1) *Mém. Acad. de Caen*, ann. 1825, p. 15.

— La succession de M. Portal est destinée à être, comme celle de M. Cuvier, le sujet d'un grand nombre de luttes. Les nombreuses places que ce célèbre médecin laisse vides après lui, ne manqueront pas de compétiteurs, et seront sans doute bientôt remplies; comment le seront-elles? A l'Académie des Sciences, MM. Broussais, Esquirol et Double se présentent. M. Broussais a ouvert la lice en lisant à la docte assemblée qui doit le juger, un mémoire sur l'état de la médecine en France, c'est-à-dire, une exposition de la réforme qu'il a provoquée dans notre science. Nous croyons ce procédé honorable pour l'assemblée dont on recherche les suffrages. Quoique le discours de M. Broussais soit empreint de beaucoup d'illusions qui datent de 1815 et de 1820, et qu'auraient dû faire évanouir depuis les progrès suscités dans la marche de la science par M. Broussais lui-même, on y trouve une grande et forte appréciation de ce qu'il a fait réellement pour la médecine. De son côté, M. Esquirol a fait imprimer une notice sur ses travaux, qui ont presque exclusivement rapport aux aliénations mentales. On connaît généralement toute l'importance de ces nombreux et beaux travaux, et quelle heureuse influence ils ont eue sur cette partie de la médecine. C'est réellement entre ces deux hommes de talens si différens, mais qui ont des titres également éminens, que paraîtraient devoir se balancer les suffrages. On dit cependant qu'il n'en sera pas ainsi, et que M. Double a toutes les chances. M. Double est certainement un médecin des plus distingués. Mais ses travaux marquent beaucoup moins dans la science; ils seraient même à-peu-près ignorés de notre génération actuelle, si le nom de l'honorable membre que l'Académie de Médecine compte parmi ses plus actifs rapporteurs, ne venait souvent frapper les oreilles à ce titre. Nonobstant des doctrines peu sûres enveloppées dans une vague phraséologie, on ne saurait contester à M. Double beaucoup de connaissances générales, qui, avec une certaine tenue d'esprit et une grande facilité de rédaction, lui ont mérité le titre d'homme académique par excellence.

— Le Conseil d'administration des hôpitaux a présenté au choix du ministère pour remplacer M. Portal, MM. Orfila, Chomel, Marc et Andral. Nous n'avous qu'un regret à exprimer à cette occasion; c'est que le ministère n'ait à choisir que l'un de ces honorables médecins. Ils ne seraient pas tous de trop pour renforcer le Conseil appelé souvent à discuter des questions pour lesquelles les illustres membres qui le composent sont presque tous incompétens. Certainement on peut trouver étrange, quelques lumières qu'on se plaise à reconnaître dans les membres du Conseil, de voir sur douze personnes qui le forment un médecin seul y avoir accès. Le Doyen de la Faculté de Médecine ne devrait-il pas en être membre de droit?

— Deux chaires d'anatomie, dont Portal était titulaire, sont à pourvoir; l'une au Collège de France, l'autre au Jardin des plantes. On dit que le ministre veut les supprimer. Il semble qu'il n'aurait pas fallu attendre le moment où elles pourraient être avantageusement remplies pour la science. Il faut espérer que l'on y regardera à deux fois avant d'enlever aux sciences physiologiques cette source d'une instruction trop peu répandue, et aux personnes qui les cultivent ce but d'une louable ambition; des hommes que de longs et brillans travaux en anatomie mettent hors de rang, trouveraient dans ces positions le moyen de propager le goût d'une étude utile et des connaissances qui méritent d'être mieux appréciées.

BIBLIOGRAPHIE.

Bibliothèque homœopathique publiée à Genève par une Société de médecins. 1832. *N.*os 1, 2 *et* 3. (*La Bibliothèque homœopathique paraît, cette année, tous les deux mois, par cahier de cinq feuilles. Prix de l'abonnement,* 10 *fr., frais de transport non compris.* — *A Paris, chez Baillière, et à Genève, chez Abraham Cherbuliez.*

Malgré nos préventions peu favorables à la doctrine du docteur Hahnemann, à cause de ces préventions mêmes, nous ne pouvons qu'encourager la publication d'un semblable recueil. Cette doctrine n'est connue en France que par ses principes généraux et par des assertions qui n'ont pas pu y faire beaucoup de conversions. Espérons que le journal rédigé par les docteurs Dufresne et Peschier nous mettra à même de juger par nous-mêmes les idées et la pratique du célèbre médecin allemand. Si des hommes recommandables dans divers lieux ont cru devoir adhérer à ces idées et adopter cette pratique, nous n'avons pas le droit de les condamner sans en connaître les développemens et les preuves. Mais, nous l'avouons, les trois numéros de la *Bibliothèque homœopathique* n'ont pas jusqu'à présent satisfait à nos désirs. Elle n'a procédé encore que par les mêmes moyens qui nous ont fait connaître la doctrine homœopathique. A très-peu d'exceptions près, elle ne contient que des expositions de principes et des mentions et attestations de succès qui ne suffisent pas pour fonder une démonstration. C'est par de nombreuses observations que nous pouvons être instruits; c'est à nous fournir ces bases de toute théorie et de toute thérapeutique, que nous semblerait devoir se consacrer le Journal de la doctrine homœopathique. Les cahiers suivans donneront probablement plus abondamment ces élémens de jugemens. Nous les attendrons pour savoir à quoi nous en tenir sur les idées que les médecins homœopathiques veulent propager parmi nous.

FIN DU VINGT-NEUVIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-NEUVIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.

